



UNICEUB – Centro Universitário de Brasília  
FAJS – Faculdade de Ciências Jurídicas e  
Sociais  
Curso de Direito  
Monografia

**LAURA UACILA DE OLIVEIRA E SOUSA**

**Direito à saúde, Políticas Públicas e o Poder Judiciário  
brasileiro: dinâmica da atuação, limites e possibilidades ante o  
estudo do caso dos antirretrovirais**

Brasília  
2012

**LAURA UACILA DE OLIVEIRA E SOUSA**

**Direito à saúde, Políticas Públicas e o Poder Judiciário  
brasileiro: dinâmica da atuação, limites e possibilidades ante o  
estudo do caso dos antirretrovirais**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito no Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob orientação da Profa. Dra. Luciana Barbosa Musse.

Brasília  
2012

**LAURA UACILA DE OLIVEIRA E SOUSA**

**Direito à saúde, Políticas Públicas e o Poder Judiciário  
brasileiro: dinâmica da atuação, limites e possibilidades ante o  
estudo do caso dos antirretrovirais**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito no Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob orientação da Profa. Dra. Luciana Barbosa Musse.

Brasília, 25 de junho de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora Professora Doutora Luciana Barbosa Musse

---

Examinador

---

Examinador

## DEDICATÓRIA

Ao Universo, que parece sempre conspirar ao meu favor.

A Jorge e Nilma, pela eterna e ilimitada dedicação e amor.

Ao Bruno e Pity. Mesmo longe, perto.

Às inspiradoras Anésia e Rosa.

Às tias Ângela, Banana, Irani, Lelé, Lili (*in memorian*), Lúcia (*in memorian*), Lulu, Má, Stella, Dina, Loló, Neide, Neuma e Sandra – e os demais familiares –, pelos abraços, quitutes e incentivos.

À amizade vigilante: Aline (e meu afilhadinho), Carlos, Cássia, Darly, Davi, Flávia, Gabi (e o pequeno Davi), Gleice, Greisy, Malu, Naiana, Nyanne, Tito e Vitor.

Aos tesouros Alan e Raquel.

À Ariane, com quem compartilhei tardes produtivíssimas emocional e intelectualmente.

Às admiráveis Ju e Lu.

Às mãos dadas e ombro a ombro dos colegas de sala.

## AGRADECIMENTO

A meus pais. Sem eles, nada haveria.

Ao estágio no MPDFT, pelo incômodo que deu origem a essa monografia.

À singular paciência, apoio e inteligência da Professora Luciana.

À honestidade e encorajamento do Alan ao apreciar a monografia.

À vida saudável.

“(…) pendurou-se-me uma ideia no trapézio que eu tinha no cérebro. Uma vez pendurada, entrou a bracejar, a pernear, a fazer as mais arrojadas cabriolas de volatim, que é possível crer. Eu deixei-me estar a contemplá-la. Súbito, deu um grande salto, estendeu os braços e as pernas, até tomar a forma de um X: decifra-me ou devoro-te.”

Machado de Assis  
(em Memórias Póstumas de Brás Cubas)

## RESUMO

O direito à saúde no Brasil é produto de um processo de intensa militância da sociedade civil, marcadamente o Movimento da Reforma Sanitária, que frutificou na consagração constitucional do direito à saúde como universal. Para articular tal empreitada de “saúde para todos”, a própria Constituição instituiu também como direito fundamental o Sistema Único de Saúde (SUS), que, por meio de políticas públicas, toma decisões políticas com o escopo de oferecer serviços a toda a população. Mas, o acesso à saúde é, realmente, ofertado a toda a população brasileira? O número excessivo de cidadãos que acorrem ao Poder Judiciário em busca da efetivação do seu direito à saúde aponta em sentido diverso. Tal fenômeno, denominado judicialização, desvela uma alteração na relação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, trazendo este último para o centro decisório das questões mais relevantes da vida social, dentre as quais se situa a saúde. Para analisar a dinâmica de tal processo, bem como os limites e possibilidades do agir do Poder Judiciário, adotou-se as técnicas de pesquisa bibliográfica e de estudo de caso, bem como tomou-se como objeto as políticas públicas que visam assegurar o direito à saúde, notadamente a política pública de distribuição de medicamento antirretroviral. Desse modo, pode-se verificar que a atuação do Poder Judiciário, mais do que uma deformação, é um instrumento de atualização da tecnologia utilizada na área. Atento a isso, o legislador alterou a Lei Orgânica da Saúde para estabelecer balizas objetivas para a referida atualização.

**PALAVRAS-CHAVES:** Direito à saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Judicialização; Antirretroviral.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>Capítulo I: Aspectos relevantes que permeiam o direito à saúde no Brasil pós-Constituição de 1988</b> .....	3
<b>Capítulo II: Políticas Públicas: o que são? Ciclo das políticas públicas em saúde</b> .....	14
<b>Capítulo III: A postura do poder Judiciário ante a problemática “saúde para todos”</b> .....	20
<b>Capítulo IV: Políticas Públicas em saúde: o caso emblemático dos Antirretrovirais</b> .....	34
<b>CONCLUSÃO</b> .....	46
Sumário.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>



## INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser considerada como um direito no Brasil com a sua inserção expressa na Constituição de 1988, graças à mobilização de vários setores da sociedade em um movimento denominado Reforma Sanitária. As demandas da população foram atendidas, tendo a Constituição de 1988 erigido a saúde como direito universal, provido através de um Sistema Único de Saúde, que também é garantia constitucional. Questiona-se, todavia, se esta é uma promessa constitucional cuja materialização não se efetiva. Por estar tão intimamente ligada a outros direitos fundamentais (dignidade da pessoa humana e vida, essencialmente) e pelo crescente número de lides cujo tema é a prestação em saúde, é pertinente a análise em relação à judicialização e como esta figura o contexto das políticas públicas em saúde.

O objetivo é verificar em que contexto a política pública em distribuição de antirretroviral é implementada, com quais fatores esta convive e como se dá a relação desta com a judicialização das questões em saúde.

Para tanto, foi feita uma revisão bibliográfica a fim de delinear o direito à saúde e alguns construtos em política pública, bem como esclarecer os atores que influenciam as políticas públicas em saúde. Por fim, será feito um estudo de caso, tendo sido escolhida a política pública de antirretroviral, como fio condutor para reflexões acerca da dinâmica dos vários atores nesse contexto específico.

Deste modo, o trabalho se apresentará em quatro capítulos. Inicialmente, o Capítulo I se centrará em aspectos relevantes que permeiam o direito à saúde no Brasil pós-Constituição de 1988, com o intuito de entender em que contexto a saúde passou a ser considerada um direito à população como um todo. Nesse mesmo capítulo, apresentar-se-ão algumas pontuações sobre o Sistema Único de Saúde, patentemente suas diretrizes e princípios, além de seu modo de funcionamento em matéria de medicamentos.

No Capítulo II, a análise versará sobre alguns conceitos em relação a políticas públicas em saúde para entender o que ela é e como se dão seus ciclos.

O Capítulo III discorrerá sobre o retrato do poder Judiciário como ator bastante ativo nas questões de saúde, relevando-se posicionamento de doutrinadores tidos como referência da área, tais como Sarlet e Barroso, sobre a proliferação de ações demandando prestações positivas do ente federado. Será feita apreciação da Audiência Pública nº 4, realizada pelo STF, ocasião que possibilitou a interlocução dos diversos agentes envolvidos nas questões de saúde, bem como serão pontuadas suas contribuições para o desenvolvimento do Direito Sanitário.

O Capítulo IV se ocupará em construir o histórico e funcionamento da política pública de distribuição de antirretrovirais, analisando-se o caso concreto com vistas a entender na prática a dinâmica da política pública e seus ciclos, bem como pontuar a atuação do poder Judiciário nesta seara e a análise da recente Lei nº 12.401/11.

Em Conclusão, a autora fará uma articulação em relação aos conceitos trabalhados e o caso concreto estudado.

## **Capítulo I: Aspectos relevantes que permeiam o direito à saúde no Brasil pós-Constituição de 1988**

As coisas simples devem ser simples e as coisas complexas, possíveis.

Alan Kay

A tutela do direito à saúde, anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, se dava de modo indireto, por meio de leis esparsas: as ações de saúde eram oferecidas por cinco ministérios (Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho, da Educação e do Interior) e eram reduzidas a alguns procedimentos médicos-odontológicos ambulatoriais e hospitalares, com vistas a uma perspectiva de saúde curativa. Frise-se que os indivíduos que eram contemplados com as ações dessa natureza eram estritamente os trabalhadores que compunham o sistema de previdência social pública (a minoria urbanizada da população), já que o Estado desejava preservar sua força de trabalho. À população em geral eram dirigidas as ações coletivas de natureza preventiva, a fim de evitar epidemias. A estes últimos restava pagar por serviços de saúde privado ou, para grande maioria pobre, depender da caridade pública – a exemplo das Santas Casas de Misericórdia – ou da solidariedade familiar (FREITAS FILHO et al., 2011, p.132).

O Movimento de Reforma Sanitária coincide com o esgotamento desse modelo e tem seus primórdios na década de 1970, em plena ditadura militar – momento de redemocratização do país. Dois sentimentos impulsionaram o referido movimento: a crítica do direito à saúde como se apresentava e a “imagem modelo”, para garantir o acesso universal e sua organização (SILVA, 2009, p. 39).

Tal “imagem modelo” dos militantes apontava para retirada do direito à saúde da esfera trabalhista e sua inserção no campo da cidadania. Desejava-se um serviço de saúde provido pelo Estado – em suas três esferas

federativas – através de um sistema único de saúde, condição esta fundamental para lidar com as disparidades dentro de um país de dimensões continentais como o Brasil (SILVA, 2009, p. 40).

Graças a tal movimento, em 1987, através do Decreto Federal nº 94.657, implantou-se o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, o que pode ser comparado a um antecessor do Sistema Unificado de Saúde como se conhece hoje (FREITAS FILHO et al., 2011, p. 135).

Muito embora à época da promulgação da Constituição de 1988 imperava uma corrente de pensamento no sentido de implementação de um Estado mínimo, estabeleceram-se direitos fundamentais no texto constitucional de 1988, ganhando espaço os direitos de 2ª geração, chamados “direitos sociais”, que demandam prestações positivas do Estado (FREITAS FILHO et al., 2011 p. 132).

Com a adoção desta postura, o Estado, de puramente abstencionista (direitos negativos), cumulou a função de prestacional (imbuído de garantir direitos positivos), ampliando, assim, sua estrutura de proteção social (BUCCI, apud FREITAS FILHO et al., 2011, p. 132).

Hodiernamente, incorpora-se uma dimensão política de diferentes interesses, partindo do que se chama de nova ideologia da saúde ou novo paradigma sanitário, orientado para dignificação da vida e pela conquista da cidadania (MARCHEWKA, 2003, p. 37).

Nesse contexto, a saúde é entendida como direito público subjetivo (FREITAS FILHO et al., 2011, p. 135).

Isso quer dizer que, cada cidadão, em sua individualidade, é titular do direito fundamental à saúde: a universalidade, explicitada pelo texto constitucional, em seu artigo 5º, *caput*, é portadora de tal direito. Sob a vigência do princípio da universalidade, não se excetua ninguém, nem mesmo o

estrangeiro (como querem acreditar alguns doutrinadores), a exemplo do SIS – fronteiras<sup>1</sup> (SARLET, 2010, p.10).

Ainda, quer dizer que o Estado é o ente garantidor. A atribuição estatal de tutela do direito fundamental à saúde e os próprios contornos de tal direito são o maior marco da sistemática da nova ordem constitucional (SARLET, 2010, p. 2).

Observa-se a conformidade entre o conceito constitucional de saúde e os parâmetros fixados pela Organização Mundial de Saúde: bem estar concomitante das esferas física, mental e social (SARLET, 2010, p. 9). No entanto, o equilíbrio entre essas facetas depende da interação humana com um meio ambiente saudável. Como na vida em sociedade esse ambiente é indivisível, entende-se ser toda a humanidade sujeito de direito à saúde, sendo esta natureza universal (RIZKALLAH, 2003, p. 48).

Há clara correlação entre o direito à saúde – individual e coletivamente considerado – e uma série de outros direitos e interesses tutelados pelo ordenamento jurídico pátrio, com zonas de convergência e superposição. Pode-se afirmar, deste modo, a interdependência e mútua conformação de todos os direitos humanos fundamentais, por exemplo, o direito à vida, da dignidade da pessoa humana, o ambiente, etc. (SARLET, 2010, p. 3).

Daí a noção de “intersectorialidade” da saúde, apresentada pela Declaração de Alma-Ata, em 1978, que consiste na tutela deste direito defendida não exclusivamente por um setor de saúde, mas, como garantia mínima de vida, por políticas públicas mais amplas, com vistas à superação de desigualdades sociais e à consecução do pleno desenvolvimento da personalidade (SARLET, 2010, p. 4).

---

<sup>1</sup> Segundo disponibilizado pelo Portal da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>), o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira) “é um Projeto da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteira do Brasil. Instituído pela Portaria GM 1.120/05, o SIS-Fronteira contribui para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios situados na fronteira do país, além de ser uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina”. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1228](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1228)>. Acessado em 14 de abril de 2012.

Por essa razão, ainda que não estivesse expresso na Constituição – está –, o direito à saúde poderia ser considerado como implícito, já que tem íntima relação com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, como “princípio fundamental por similaridade” (2008, ARANGO apud SARLET, 2010, p. 8).

A sociedade contemporânea preocupa-se com a reconstrução do processo de integração social, tendo como defesa os direitos humanos fundamentais e o exercício da cidadania como garantias asseguradas no contexto do Estado democrático de direito e social.

Constitucionalmente, em nível de uma diretriz a ser seguida, o direito à saúde encontra respaldo em diversos dispositivos (FREITAS FILHO et al., 2011, p. 136 e ss.): o artigo 6º; o artigo 7º, incisos IV e XXII; o artigo 23, inciso II; o artigo 24, inciso XII; o artigo 30, inciso I e VII; o artigo 194, parágrafo único, inciso I; o artigo 196, em destaque, que se preocupou em definir a saúde como “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (BRASIL, 1988, p. 64); e o artigo 197 a 200.

O artigo 196 retromencionado merece atenção, já que, além de definir os titulares do direito e o destinatário principal do dever imposto, propõe um meio de atuação genérico, além de uma finalidade específica como meta (LIMA, 2009, p. 125).

Piola et al. (2008, p. 109) propõe a análise do artigo em quatro componentes:

(1) A saúde é direito de todos e dever do Estado, (2) garantido mediante políticas sociais e econômicas (3) que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (4) e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal outorgou, portanto, regime jurídico privilegiado ao direito à saúde, imprimindo-lhe dupla fundamentalidade, tanto formal, por ser parte integrante da Constituição escrita, situando-se no ápice de

todo o ordenamento jurídico, a chamada superior hierarquia axiológica; quanto material, já que a saúde é considerada pressuposto à manutenção da vida com dignidade, e, assim, se constitui em condição fundamental para a fruição dos demais direitos (SARLET, 2010, p. 05).

Barroso (2007, p. 05) aponta a força normativa das normas constitucionais como uma relevante conquista do constitucionalismo nacional. A doutrina da efetividade pretende tornar as normas constitucionais, antes do que meros ideais e intangíveis metas, mas como dignos de aplicação direta e imediata. Assim, a norma constitucional reveste-se de imperatividade.

Tendo em vista o caráter dirigente da nossa Constituição, nota-se que, mais que estabelecer os limites negativos de atuação do Estado, são a ele determinadas tarefas a serem cumpridas (RIZKALLAH, 2003, p. 39), as chamadas prestações positivas, ressaltada a relevância de adequada concretização pelo legislador e pela Administração Pública. E, devido ao alinhamento da Constituição Federal aos preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS), o “direito à saúde” é visto de uma forma mais abrangente, entendendo-se, então, “direito à proteção e à promoção da saúde” (SARLET, 2010, p. 02).

Diante da fundamentalidade do direito à saúde, qual o conteúdo que pode ser depreendido e, mais objetivamente, exigido, uma vez que a Constituição Federal, com exceções pontuais, não especifica?

Merece destaque a estrutura do Sistema Único de Saúde, instituição através da qual o Estado provê serviços de saúde.

Sarlet (2010) destaca que o direito à saúde ganha particular densidade com a instituição constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos artigos 198, 199 e 200, a Carta Fundamental instituiu os princípios balizadores, se mostrando resultado de aperfeiçoamentos advindos de experiências que não haviam dado resultados positivos, tendo se refinado com as tentativas anteriores que se frustraram. Ressalte-se que, a partir de 1988,

não só o direito à saúde é garantia constitucional, como também o SUS o é (SARLET, 2008, p. 11 e 12).

Assim como o próprio direito à saúde, o Sistema Único de Saúde também é uma garantia institucional fundamental. Dada sua relevância, tal *status* se propõe a minimamente protegê-lo dos legisladores infraconstitucionais e do poder público, a fim de resguardar ao menos seu núcleo fundamental. A ele aplica-se também a vedação de reforma que pretenda abolição ou esvaziamento (SARLET, 2010, p.12).

Após o advento da Carta Magna, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) que regulamentou os dispositivos constitucionais relativos à saúde (FREITAS FILHO et al., 2011), propondo sua forma de organização e funcionamento.

O processo de construção do SUS se deu em dois momentos: o primeiro, que adveio da militância técnico-política e intelectual por sua constitucionalização; e o segundo, vinculado à sua implementação (2001, MINAYO apud SILVA, 2009). Desse primeiro momento, nasceu a promessa constitucional do Sistema Único de Saúde, sistema este que não provê serviços sem nenhuma regulamentação, planejamento ou prognóstico de alocação de recursos. Até porque qualquer proposta diferente poderia significar a falência do próprio SUS (SANTOS, 2006, p. 3).

Daí os parâmetros propostos primeiramente pela Constituição Federal, pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e pela Lei nº 8.142/90 (lei que normatiza como a participação comunitária se dará face o SUS, as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências).

No contexto do Direito Sanitário se destacam os princípios da universalidade, equidade e integralidade; e as diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (MATTA, 2010, p. 247 e ss).



Matta (2010, p. 248) diferencia diretrizes de princípios. Enquanto estes são a base, representando “os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam esse sistema” (base filosófica), aquelas são “os meios, normas para atingir os objetivos do SUS” (meios de organização). Ou seja, as diretrizes devem observar os princípios.

Analisam-se, primeiramente, os princípios.

A *universalidade* está insculpida no artigo 196, da Constituição Federal, no trecho que explicita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) e, ressalte-se que a expressão utilizada é “direito”, e não “serviço a que se tem acesso mediante contribuição de qualquer espécie”. Deste modo, a universalidade se opõe à noção de seguridade social da época pré-Constituição de 1988 (MATTA, 2010, p.248).

O princípio da *equidade* visa a sanar uma questão que permeia a sociedade brasileira há muito: a injustiça social e econômica. Procura-se tratar desigualmente os desiguais, devendo os menos afortunados ter especial atenção.

A *integralidade*, aqui, apresenta diversos sentidos no contexto sanitário. Pode-se dizer que tal princípio rompeu com a tradicional segregação que as políticas públicas traziam entre aquelas preventivas, e aquelas curativas. O princípio da integralidade unificou-as. Daí a expressão Sistema **Único** de Saúde. Além disso, como já aduzido, a saúde é entendida não por uma acepção de mera característica biológica, mas a preocupação também se centra nas dinâmicas que produzem a saúde e a doença, ou seja, aspectos sociais, psicológicos, ambientais, dentre outros. Ainda, outro desdobramento desse princípio é a elaboração de políticas sociais atentas a coletividades específicas, como, por exemplo, política de atenção integral à saúde da mulher e de atenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à aids. Finalmente, o quarto aspecto está fundado na profissionalização dos trabalhadores em saúde sob um olhar de integração de conhecimentos – “politecnicidade” (MATTA, 2010, p. 249).

Sobre as diretrizes, destaca-se o seguinte.

A *descentralização*, que almeja a inclusão de novos atores sociais no processo da produção de políticas públicas em saúde, e na conseqüente relação entre diferentes instituições. Significa a “distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal”. Assim, em cada esfera estatal, há uma correspondência de poder (e as respectivas competências) em matéria de saúde: a União pelo Ministério da Saúde; os Estados e o Distrito Federal por suas respectivas Secretarias de Estado de Saúde ou órgãos correspondentes; e os Municípios pelas Secretarias Municipais de Saúde. (MATTA, 2010, p. 250).

A *regionalização* e a *hierarquização* remetem à noção de territorialidade das ações, com a prévia determinação de perfis populacionais, marcadores epidemiológicos, além de aspectos sociais. Quanto mais perto o sistema estiver, mais sensível às necessidades específicas daquela população ele estará (MATTA, 2010, p. 251). Sarlet et al. (2010, p. 09), sobre este ponto, marcam a importância dos papéis dos Municípios e Estados na execução, preponderante em relação à União, cujo papel se centra na harmonização, de modo a homenagear o princípio da unidade. A União atua, assim, em caráter supletivo e subsidiário.

Ainda, o SUS tem como diretriz a *participação da comunidade*, tanto direta, como indiretamente, ao destinar espaço aos membros representantes da sociedade civil nas diversas Conferências de Saúde. A Lei nº 8.142/90 instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como arena de participação social no SUS. A composição deste é de 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores (MATTA, 2010, p. 255).

Como o presente trabalho tem como foco a distribuição de medicamentos, a análise da atuação do SUS terá a referida perspectiva. Assim, necessário trazer a Lei nº 8080/90, em seu artigo 6º, inciso VI, a qual enuncia (BRASIL, 1990):

Art. 6º. **Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):**

[...]

VI - a **formulação da política de medicamentos**, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; (*grifei*)

Como se pode analisar, a lei estipulou a atuação do SUS em matéria de medicamentos através de uma política pública, que é regulamentada pela Portaria nº 3.916, de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujo propósito é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Em que pese os referidos medicamentos essenciais, as diretrizes da PNM trataram de defini-los:

### **3.1 ADOÇÃO DE RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

As listas às quais o excerto acima se refere tem elaboração pelo Ministério da Saúde, operacionalizada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, que foi atualizada recentemente pela portaria MS/GM nº 533/2012.

Com base nesta lista que os Estados e Municípios baseiam suas próprias relações de medicamentos, brindando o princípio da descentralização (PEREIRA, 2010, p.14).

A RENAME, desta sorte, se mostra um instrumento vital no que concerne a padronização e fornecimento de medicamentos pelo SUS, além de ser importante na redução dos custos (PEREIRA, 2010, p.14).

A portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, regulamenta o financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, conforme a *Tabela 01*, que apresenta resumo sobre os componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, seus programas e a(s) esfera(s) estatal(is) responsável(is) pelo financiamento.

**Tabela 01. Componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, programas e esferas responsáveis pelo financiamento<sup>1</sup> (BRASIL, 2011a, p. 15)**

Componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica	Programas de assistência farmacêutica	Esfera responsável pelo financiamento
Componente básico	Atenção básica – elenco de referência	União, estados e municípios
	Hipertensão e diabetes	União, estados e municípios
	Insulina humana	União, estados e municípios
	Insumos para insulino-dependentes	
	Asma e rinite	União, estados e municípios
	Saúde mental	União, estados e municípios
	Saúde da mulher	
	Contraceptivos e correlatos	União
	Alimentação e nutrição <sup>2</sup>	União, estados e municípios
Combate ao tabagismo <sup>2</sup>	União, estados e municípios	
Componente estratégico	Controle das endemias	União
	DST/AIDS <sup>3</sup> – antirretrovirais	União
	Sangue e hemoderivados	União
	Imunobiológicos	União
Componente especializado	Componente especializado	União e estados

Notas: <sup>1</sup> Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2009; Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007; Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007; Portaria GM/MS nº 298, de 26 de novembro de 2009; e Portaria GM/MS nº 2.084, de 28 de outubro de 2005.

<sup>2</sup> Os medicamentos e os insumos para o combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição passaram a integrar o componente estratégico, a partir de 2008 (Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007).

<sup>3</sup> Doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida.

Obs.: Modificado do trabalho de Fabíola Sulpino Viera, não publicado, elaborado para o Grupo Contas Satélite de Saúde.

Como se percebe, levando em consideração a diretriz da descentralização, os três níveis federativos de poder compartilham tal competência. Em relação ao custeio das medicações, somente o governo federal, nos anos de 2005 a 2008, gastou uma soma acima dos 2 bilhões de reais em cada um desses anos, chegando à quase 3 bilhões em 2005, conforme alude a *Tabela 02*.

**Tabela 02. Gasto Público federal com compra direta de medicamentos – 2005/2008 (em R\$ 1 mil de 2005, IPA – medicamentos)(BRASIL, 2011a, p. 36)**

	2005	2006	2007	2008
<b>Total da União</b>	<b>2.854.448,23</b>	<b>2.335.498,31</b>	<b>2.443.712,25</b>	<b>2.341.356,97</b>
União: outros <sup>1</sup>	188.775,11	227.406,54	241.494,76	280.159,65
União: Ministério da Saúde <sup>2</sup>	2.665.673,12	2.108.091,77	2.202.217,49	2.061.197,32
Convênios	525.731,15	361.198,37	330.886,45	415.878,50
Compras <sup>3</sup>	2.139.941,97	1.746.893,40	1.871.331,05	1.645.318,82
Assistência farmacêutica	1.521.588,42	1.398.365,41	1.165.243,57	1.167.082,08
Ação judicial	2.261,24	6.850,38	16.590,08	43.049,47
Medicamentos pertencentes à AF	1.361,34	4.361,07	4.558,43	4.498,52
Medicamentos não pertencentes à AF	899,90	2.489,31	12.031,65	38.550,95
Rede hospitalar do MS	339.645,28	327.572,13	650.121,16	372.043,82
Outros <sup>4</sup>	276.447,03	14.105,47	39.376,24	63.143,46

Fontes: SIASG, SIOPS e DESD/SE/MS.

Notas: <sup>1</sup> Todos os órgãos federais, exceto o Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Os gastos do Ministério da Saúde estão separados em "convênios" (repasses realizados entre o MS e os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos dos programas de assistência farmacêutica do ministério da saúde) e "SIASG-Compras" (referentes às aquisições/licitações).

<sup>3</sup> Os gastos realizados por meio de licitação estão distribuídos conforme o destino, ou uso, do medicamento: na assistência farmacêutica estão os medicamentos adquiridos para os programas de saúde dos três componentes da assistência farmacêutica; a ação judicial contém os itens adquiridos por meio desse instrumento; e na rede hospitalar MS estão as compras referentes aos hospitais próprios do Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Doações de medicamentos e intervenções emergenciais de assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde.

Afere-se, deste modo, do quadro acima que, no ano de 2008, a União gastou ao todo mais de 2,3 bilhões de reais para aquisição de medicamentos que, desse total, 43 milhões de reais se destinaram para compra de medicamentos concedidos via judicial.

Há a estimativa que, de 2005 a 2010, o gasto do Ministério da Saúde via ação judicial cresceu 5.000% (cinco mil por cento) (BASSETE, 2011).

Destarte, infere-se que há grande influência do poder Judiciário no tocante às políticas públicas de distribuição de medicamentos. Para entender a dinâmica entre as políticas públicas e o poder Judiciário, será primeiramente analisado o ciclo das políticas públicas conceitualmente (Capítulo II) e, a seguir, o papel da judicialização nesse contexto (Capítulo III).

## Capítulo II: Políticas Públicas: o que são? Ciclo das políticas públicas em saúde

Jogar o jogo da política democrática, ética, e da justiça social é o desafio que os gestores de políticas públicas têm de enfrentar para planejar, administrar, e extrair recursos e formatar políticas redistributivas que busquem promover sociedades mais iguais e mais livres, num contexto mundial de profundas mudanças econômicas, demográficas e ideológicas.

Marta M. Assumpção Rodrigues

A área de políticas públicas passou a ter maior visibilidade por três motivos: o primeiro diz respeito a políticas restritivas de gastos; o segundo motivo se relaciona com as restrições da intervenção estatal na economia e nas políticas sociais do Estado; e, o terceiro, que se refere aos países em desenvolvimento, está relacionado a fraquezas das coalizões em atingir resultados eficazes para produção de políticas públicas que tenham força para impulsionar o desenvolvimento econômico e propiciar a inclusão social (SOUZA, 2006, p. 21).

Os estudiosos da área concordam que não há um único conceito em relação à definição do que sejam as políticas públicas. Rodrigues, em seu livro de nome *Políticas Públicas* (2011), apresenta diferentes modelos e conceitos em relação ao estudo destas, apresentando o modelo marxista, o elitista, o incrementalista, o pluralista, dentre outros, articulando críticas dirigidas a cada uma delas.

A definição mais conhecida é a de Laswell, que realça que as decisões e análises concernentes à política pública se ocupam em responder: “quem ganha o quê”, “por quê” e “que diferença faz” (apud SOUZA, 2006, p. 22).

Souza (2006, p. 26), por sua vez, resume política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em

ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”.

Freitas Filho et al. (2011) destacam o conceito de Maria Paula Dallari Bucci (2006), que define:

[...] política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.

Políticas públicas se referem a ações do governo e, por isso, dotada de autoridade soberana do poder público<sup>2</sup>, as quais dispõem “‘o que fazer’ (ações), ‘aonde chegar’ (metas ou objetivos relacionados ao estado de coisas que se pretende alterar) e ‘como fazer’ (estratégias de ação)” (RODRIGUES, 2011, p. 52-53, *grifado no original*).

De toda sorte, apesar de haver divergências em relação à conceituação, há consonância em relação ao foco, que está nas explicações sobre a “natureza da política pública e seus processos” (SOUZA, 2006, p. 25) e ecoam nos mais diversos campos – econômico, político, social, jurídico, dentre outros – e, por isso, alvo de sem-número de proposições de teorias e modelos. Tudo isto porque a atividade política<sup>3</sup> pressupõe decisões ante às alternativas apresentadas pela realidade concreta e essencial é a adequação dos objetivos em relação aos meios. Parece correto o entendimento apontado por Rodrigues (2011, p. 13) de que “a política implica a possibilidade de resolvermos conflitos de uma forma pacífica”.

---

<sup>2</sup> O caráter “público” dessas políticas não se relaciona somente com o fato de que o bem produzido afeta a coletividade, mas porque elas são mandatórias e impositivas. É o caráter impositivo da decisão coletiva (*enforcement of the Law*) (RODRIGUES, 2011, p. 14 e 18).

<sup>3</sup> E aqui, levando-se em conta a concepção de Lowi (apud RODRIGUES, 2011, 44) em que a política pública determina a política.

Martins (apud RODRIGUES, 2011, p. 21) considera que, “metaforicamente, governo é um caldeirão de problemas, soluções, domínios, coalizões e empreendedores capazes de transformar estes ingredientes numa sopa minimamente coerente”.

Políticas públicas são desenhadas por atores políticos individuais ou coletivos, públicos (que são aqueles que tem, de fato, poder de decidir políticas) ou privados (a sociedade civil) que, ao exercerem suas funções, mobilizam os recursos necessários para realizá-las.

No que concerne a operacionalidade (processamento) da política pública, é aceito que tal se dê de forma complexa, em vários estágios e que congregue uma diversidade de atores, com diversas formas de negociação (SARAVIA, 2006, p. 32).

Como já mencionado, há várias acepções para compreender o fenômeno de construção de uma política pública e, conseqüentemente, de compreender quantas e quais seriam as fases desse processo. Destaca-se a proposta por Saravia (2006, p. 33 e ss.):

- 1) inclusão na agenda;
- 2) elaboração;
- 3) formulação;
- 4) implementação;
- 5) execução;
- 6) acompanhamento;
- 7) avaliação.

A primeira, *inclusão na agenda*, se remete à análise e explicação de processos que levam os fatos sociais a se configurarem problemas políticos, virando estes objeto de debate (SARAVIA, 2006, p. 33).

A segunda etapa, *elaboração*, se propõe a identificar um problema de uma determinada comunidade (atual ou potencial) e diagnosticar potenciais alternativas de respostas a tais demandas encontradas, bem como a avaliação dos custos e possibilidades em relação a alternativas viáveis e ao estabelecimento de prioridades. Essa etapa é eminentemente de caráter político (SARAVIA, 2006, p. 33).



Na terceira etapa, *formulação*, tem-se a seleção e especificação de alternativa mais adequada e a conseqüente “declaração que explicita a decisão adotada, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro” (SARAVIA, 2006, p. 33).

A quarta etapa da *implementação* se divide na fase de preparação para que tal política seja posta em prática e na fase de *outcomes*, que são os efeitos. A implementação faz remissão a objetivos específicos, à prática, das políticas que emergem do complexo processo decisório (SARAVIA, 2006, p. 34).

A quinta etapa, *execução*, se liga à ação para se chegar ao resultado desejado (SARAVIA, 2006, p. 34).

Já a etapa seguinte, a sexta, *acompanhamento*, se relaciona à supervisão da execução da atividade e sua pluralidade de componentes, com o escopo de manter as informações quanto à consecução do objetivo atualizada (SARAVIA, 2006, p. 34).

A *avaliação* é a sétima e última – e parece que recorrente – fase, em que se pesam os resultados, mensuram-se os resultados obtidos e o impacto na sociedade (SARAVIA, 2006, p. 34).

Mister ressaltar a consideração feita por Saravia (2006, p. 35) que essa divisão é mais uma proposição teórica de análise do que real, uma vez que essas fases ocorrem de modo improvisado e desordenado, e a depender de fatores diversos, como históricos, políticos, orçamentários etc. Mas, via de regra, todas as etapas enumeradas estão presentes.

Com a migração da adoção da política pública às ações governamentais, elas, então, se envolvem à mesma dinâmica que tem o Estado, com destaque para a racionalidade técnica e o apontamento de prioridades, sendo estas determinadas realmente pelo poder político e pela capacidade de articulação (SARAVIA, 2006, p. 34).

Assim, como se pode perceber, uma política pública é uma estratégia do poder soberano, em sua atividade política, no que concerne *decisão* em como alocar sua verba para contemplar a população. Especificamente, sobre o direito à saúde, significa de que forma o SUS é gerido, com quais estratégias. É de se relevar que não somente os poderes públicos, como também a sociedade exerce papel importante na implementação de políticas públicas.

Em matéria de saúde, é de salientar que os serviços de saúde em geral são prestados não só pela iniciativa pública de forma direta, como também de três outras formas: a participação complementar, relativa aos serviços prestados graças aos contratos de direito público entre a prestadora e o SUS; a saúde suplementar, que se relaciona à assistência prestada pelos planos e seguros de saúde mediante a contratação do usuário (regulados pela Lei nº 9.636/98); e, por fim, a prestação oferecida pelos profissionais autônomos, cujas relações estão pautadas pelo Direito do Consumidor<sup>4</sup> (SARLET et al., 2010, p. 14-15).

Não obstante a prestação pelo segmento particular, a cobertura exclusiva do sistema público em 2009 orbitava em torno de 75%; todavia, a expectativa era de 100%, uma vez que os modelos europeus que inspiraram nossa reforma se propõem a tal realidade (SILVA, 2009, p. 39).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, aferiu a satisfação da população quanto à saúde pública<sup>5</sup> que demonstra dados positivos em relação à percepção do cidadão –

---

<sup>4</sup> Sobre o tema, ensina Arango (apud Sarlet, 2010, p. 16) que “o contrato de saúde não é um simples contrato privado, no qual a autonomia da vontade privada seja o fator determinante, senão que tem além de um caráter público devido a seu objeto, razão pela qual o Estado se vê chamado a intervir na liberdade de um âmbito tradicionalmente privado. (...) A saúde (...) é um direito constitucional e um objetivo público que transcrente os limites do contrato privado entre beneficiário e entidade asseguradora”.

<sup>5</sup> O Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA) elaborou o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), que embasa pesquisa domiciliar para conhecer as percepções da amostra – famílias brasileiras – sobre os bens e serviços públicos em geral. A área da saúde foi incluída na terceira edição, cujos dados foram coletados em novembro de 2010, sendo realizadas entrevistas familiares (IPEA, 2011, p. 5).

Sobre tais dados, o atendimento pela equipe de saúde da família foi o serviço melhor avaliado, agradando a mais de 80% das pessoas avaliadas. A distribuição de medicamentos no SUS foi qualificada como “muito boa”/“boa” por 69,6% dos entrevistados e como “ruim”/“muito ruim”, por um percentual de 11,0%. Curiosamente, quando concernente à percepção por macro-região, o Distrito Federal considera o

usuário ou não – ante as políticas públicas realizadas pelo SUS, especialmente no tocante à distribuição de medicamentos: 69,6% dos entrevistados consideraram tal política “muito boa” ou “boa” (BRASIL, 2011b, 6). Não obstante esse quadro de satisfação da população em relação aos serviços prestados<sup>6</sup>, a quantidade de lides na área da saúde soma mais de 241 mil processos, segundo levantamento parcial feito pelo CNJ (CAVALCANTI, 2011).

A positivação das regras que regem o direito à saúde e a falta de isonomia ao acesso às prestações de saúde, medicamentos, inclusive, ensejou a proliferação da provocação judicial com a referida temática (SANT’ANNA et al., 2011, p. 1).

Piola et al. (2008, p.152) nomearam esse fenômeno de “a garantia de atendimento e sua face mais nova: a judicialização”. Não há dúvidas em relação aos avanços do SUS e seus serviços desde sua implantação, mas também de se reconhecer a dificuldade para garantir a integralidade do atendimento e o acesso da população considerada como um todo.

Assim, particularmente reivindicando a integralidade que muitos usuários do SUS, amparados pelo artigo 196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, vêm recorrendo ao poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a determinados medicamentos ou procedimentos (Piola et al., 2008, p.157).

Este tema será tratado a seguir.

---

serviço de distribuição de medicamentos como sendo o melhor, tendo 81,3% da amostra considerado tal quesito “bom”/“muito bom” (IPEA, 2011, p. 5).

De um modo geral, a população que considerou os serviços prestados pelo SUS apontou que 28,9% dos entrevistados achavam os serviços “bons”/“muito bons”; 28,5%, “ruins”/“muito ruins”; e, 42,6%, “regulares” (IPEA, 2011, p. 8). A pesquisa marca, nesse ponto, que as avaliações positivas foram mais frequentes para os entrevistados que de fato se utilizavam dos serviços prestados pelo SUS do que aqueles que nunca havia utilizado tais serviços. “Ou seja, parece que as pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam. Além disso, esses resultados podem estar captando o fato de que, na avaliação específica sobre o serviço público de saúde, o entrevistado é convidado a refletir sobre a sua própria experiência na utilização desse serviço, enquanto na avaliação geral o peso de informações oriundas das mais variadas fontes, como a mídia, por exemplo, tende a ser maior na construção da percepção do indivíduo” (Ipea, 2011, p. 9).

<sup>6</sup> Vale observar que os dados positivos não podem ser expandidos à população brasileira de maneira geral, já que a amostra da pesquisa é reduzidíssima, se comparada à nossa população: apenas 2.773 indivíduos foram entrevistados.

### **Capítulo III: A postura do poder Judiciário ante a problemática “saúde para todos”**

A judicialização da saúde é, também, um laboratório da democracia brasileira.

Marco Aurélio Antas Torreguay

As lides versando sobre o direito à saúde têm caráter individual, ou seja, por mais que as demandas sejam coletivas, visam apenas a favorecer um grupo determinado (BARROSO, 2008, p. 12). O objeto é a prestação positiva do Estado (fornecimento de determinada medicação, internação na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, dentre outros).

Para alcançar a pretensão, o cidadão/paciente tece considerações acerca da essencialidade do serviço de que necessita, do princípio da igualdade, do princípio da dignidade da pessoa humana – fundamento republicano – e da aplicabilidade direta e imediata que o direito à saúde tem e de todos os aspectos outros que orbitam o direito à saúde.

Por outra parte, o ente federado as infirma, trazendo à lume o princípio constitucional da separação dos poderes, o princípio da reserva do possível, as questões orçamentárias, dentre outros argumentos.

Há perspectivas destoantes em que o magistrado se calca para tecer seu julgamento (CIARLINI, 2008, p. 55): a substancialista; e a procedimentalista, diametralmente oposta à primeira.

A vertente substancialista trata da supremacia da lei em face da Administração Pública, significando a preservação de direitos subjetivos individuais que são previstos na Constituição Federal contra o excesso de poder estatal. Se respalda na ordem objetiva de valores, se manifestando como princípios suprapositivos (CIARLINI, 2008, p. 56).

Já a vertente procedimentalista contempla as normas jurídicas como definidoras e norteadoras de parâmetros para a atuação do poder

Executivo e não como o fundamento deste. Para essa perspectiva, o estado de direito se constrói da divisão de poderes, da vinculação à lei e do controle jurídico da atividade política. Denuncia quem, em nome da concretização da justiça social, maximiza condições de afirmação arbitrária do poder público (CIARLINI, 2008, p. 56).

A primeira questão, no entanto, é se, de fato, tal tema é adjudicável. É possível submeter à apreciação do poder Judiciário matéria que é organizada por políticas públicas e, deste modo, condicionada à análise de conveniência política?

Lopes (2008, p. 187) destaca que há países em que as mais altas cortes declinaram sua competência para deliberar sobre a questão. Não é o que ocorre no Brasil.

Para Barroso (2007, p. 22), o Judiciário “poderá e deverá intervir”. As normas constitucionais, mais do que componentes de um instrumento de cunho marcadamente político, com destaque para a atuação dos poderes Executivo e Legislativo, ganharam caráter de aplicabilidade direta e imediata, característica esta que abriu espaço para a atuação do poder Judiciário de forma mais expressiva. Nessa linha, os direitos sociais se tornaram direitos subjetivos, cabendo sua tutela específica (BARROSO, 2007, p. 3).

Assim, a apreciação de todos os elementos apresentados pelas partes litigantes é feita pelo Estado-juiz para que dele possa emanar julgamento sobre a lide, ou seja, se deve, de fato, o poder público arcar com tratamento médico-hospitalar do cidadão comum.

A magistratura não pode se mostrar inerte aos casos que lhe são submetidos, devendo proferir um juízo, não importando quão complexos estes possam ser. Tal fato impele o julgador a se utilizar de sua criatividade, o que pode transcender os limites da legalidade, se utilizando de seu próprio julgamento político (DELDUQUE et al., 2009, p. 84).

Por ser o direito à saúde relativo a um bem jurídico incontestável, a tendência natural é no sentido de seu reconhecimento, independentemente de qualquer limitação<sup>7</sup>.

À primeira vista, é possível entender a configuração de um “caso difícil”, por comportar mais de uma solução possível e razoável (BARROSO, 2010). Poderia se entender que há o embate de princípios, como bem delineiam as partes. De um lado, o princípio constitucional do direito à saúde e, conseqüentemente, por seu caráter amplo, o princípio do direito à vida, da dignidade humana – todos eles a corroborar a garantia de acesso do cidadão a atendimentos médico-hospitalares. De outro, o princípio da reserva do possível, da isonomia e da separação dos poderes, a obstar tal direito.

Entretanto, não é bem o que ocorre. A realidade é mais dramática. A ponderação, em verdade, é entre o direito à vida e à saúde *de uns versus* o direito à vida e à saúde *de outros* (BARROSO, 2010, p. 04).

Bonfim (2009), em um estudo interessante acerca da avaliação quanto à correção da concessão de medicamentos farmacêuticos em lides que versavam sobre o direito à saúde, ressalta como o poder Judiciário entende o acesso a tal direito: ilimitado. Para o autor, urgia a análise das demandas sobre “fundamentos técnico-científicos, excluídos os aspectos jurídicos” (BONFIM, 2009, p. 141).

Freitas Filho et al. (2011, p. 77) apontam que a postura frequentemente adotada pelos magistrados em conceder o pleito esse tipo de demanda revela “*certa autocompreensão equivocadamente heróica*”. Heróico porque se, de um lado, é relativo a um feito grandioso, de outro, os acontecimentos posteriores são desprezados. Uma pesquisa elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) chegou à conclusão de que a auto-imagem que o magistrado tem é de modificador social, o que talvez explicaria essa tendência de atitudes heróicas. Mas esse heroísmo coloca em questão

---

<sup>7</sup> Tal fenômeno foi denominado como “judiocracia”, transformando o sistema governamental em um domínio dos juízes, não havendo, de fato, separação dos domínios político e jurídico (1964, LOEWENSTEIN apud DELDUQUE et al., 2009, p. 84).

não um auto sacrifício, mas o sacrifício de uma coletividade (FREITAS FILHO et al., 2011, p. 78).

E o sistema tem apresentado sinais de que tal solução é por demais ambiciosa, demonstrando que não consegue lidar com todas as demandas. Há, de forma crescente, a concessão de decisões “extravagantes e emocionais” para acesso a medicamentos de custo elevadíssimo e/ou com resultados ainda em momento de experimentação. Também, aponta-se a fragilidade dos critérios para a concessão da tutela judicial (BARROSO, 2007, p. 3).

O referido excesso coloca em risco a continuidade das políticas públicas, uma vez que desorganiza os planejamentos de alocação de verbas, impondo a aplicação destas em medidas de caráter nem sempre emergencial (BARROSO, 2007, p. 5).

De fato, não há quem negue a centralidade do direito à saúde e suas repercussões na vivência de outros direitos e, por isso, a desejabilidade de sua implementação pelo Estado, conforme determinação constitucional. Apesar disso tudo, é bastante razoável defender que todo e qualquer direito tem custo. O custo dos direitos sociais, variável conforme a necessidade de cada indivíduo, depende diretamente das características do caso concreto. A garantia que a Constituição quis assegurar com o “direito à saúde” é, na verdade, uma prestação positiva a depender da casuística (LOPES, 2008, p. 176). Todavia, nenhuma política que exija a atuação positiva do Estado pode ser entendida absoluta (SANTOS, 2006). A prestação em que o Estado se obrigou a tutelar prescinde políticas sociais e econômicas antes do que concessões feitas a título individual.

A questão financeira, posta como a “reserva do possível”, é a crítica talvez mais frequente à concessão judicial sem-fim (BARROSO, 2007, p. 24).

A reserva do possível foi analisada por Lopes (2008), sendo relevante destacar duas analogias que o autor sugere: a *obrigação impossível* e a *questão política*.

Em relação à *obrigação impossível*, no Brasil, há a imagem do Estado como provedor máximo, mas impossível é pensar que, somente por este ente ser pessoa jurídica de direito público, ele seja obrigado ao impossível. Sendo o Estado visto, pela população, como imortal e não sujeito à falência, creditam-se contas sem-fim. Inclusive contas que nem sempre correspondem aos propósitos constitucionais. Assim, esbanja-se com receitas dessa ordem, e a ideia de que as generosas promessas da Constituição de 1988 sejam apenas promessas parece proceder (LOPES, 2008, p.178).

Há limites orçamentários que se podem alegar, mas como orçamentos são criações artificiais, frutos de decisões (e vontades) políticas, é bem possível que eles também estejam sujeitos a regras de elaboração e que, portanto, possam ser jurídica e judicialmente impugnados. Normalmente, demanda-se em juízo do poder Executivo, e é impossível que, uma vez já havendo orçamento aprovado, se realoque a verba por consequência de medida judicial, por falta de competência da parte ré e do poder Judiciário, já que estas já foram atribuídas pelo poder constituinte originário ao poder Executivo (LOPES, 2008, p.179).

Genericamente, o Estado tem um grande orçamento, mas, por outro lado, a lei orçamentária demonstra que isto não é verdade, já que discrimina valores de alocação, o que leva a concluir que, na verdade, os recursos são escassos. Desta forma, como se vê, a impossibilidade de concessão de recursos não é apenas de natureza jurídica/judicial, como também material (econômica). A impossibilidade econômica – a escassez – importa na configuração de custos que tornam a ação, se não impossível, indesejável (LOPES, 2008, p. 183). Principalmente porque o estado de escassez impõe escolhas que necessariamente excluem outras: as chamadas “escolhas trágicas”, expressão cunhada por Guido Calabresi e Phillip Bobbit.



Desta feita, no campo dos direitos sociais (e claramente o direito à saúde sobre o qual se discute), o plano de escolhas migra do meramente financeiro para o das prioridades, ou melhor, do financeiro aliado ao das prioridades. E a deliberação cabe aos poderes Legislativo e Executivo, por questões de conveniência (*questão política*), de caráter político, e não jurídico. Daí a questão de “exclusivamente político”, ou seja, a matéria que está no campo de deliberação desses poderes, que atuam com respaldo na conveniência, não são passíveis de adjudicação, sendo permitido ao poder Judiciário rejeitar julgar tais questões, em nome da lealdade ao princípio da separação de poderes. Esse entendimento, contudo, ficou abalado com o advento dos direitos sociais na constituição com seu status de fundamental (LOPES, 2008, p. 182).

Ainda assim, para o autor, persistiria a impossibilidade da decisão judicial, já que a matéria é expressamente outorgada aos entes políticos, não cabendo ao poder Judiciário fazer escolhas onde o critério legal deixou em aberto a avaliação, reincidindo-se, talvez, na “impossibilidade jurídica”, de duas formas: primeiramente, ao negar ao indivíduo a detenção de um direito adjudicável, tornando-lhe ilegítimo para litigar em juízo para alcançar a tutela pretendida; ainda, ao reconhecer a impossibilidade de jurisdição advinda de uma proibição normativa-constitucional (LOPES, 2008, p. 183).

Todavia, tal entendimento não é o do STF. Na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) número 45, cujo julgamento foi em 29 de abril de 2004, apesar de o caso estar prejudicado no momento da apreciação, o Ministro Celso de Mello, em decisão monocrática, fixou seu entendimento de que nem mesmo o argumento de falta de recursos financeiros (a “reserva do possível”) é hábil para a negativa da tutela do direito à saúde por parte do poder público. E mais, relevou que o poder Judiciário deve agir, não para formular ou implementar políticas públicas, mas quando as políticas públicas constitucionalmente determinadas tiverem sido desrespeitadas, em razão de inefetividade por ação ou omissão do poder Executivo (TORRONTÉGUY, 2010, p. 13).

Sobre a reserva do possível, se pronunciou o Ministro Celso de Mello (2004, [p.3]), na referida ADPF da seguinte forma:

[...] a cláusula da reserva do possível – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.

A importância da garantia do ajuizamento de litígios versando sobre o direito à saúde se calca na facilidade da população na provocação do poder Judiciário, diferentemente das outras esferas de poder. Desta forma, o poder público se vê obrigado a prestar explicações plausíveis no que concerne as suas escolhas e prioridades políticas, apurando-se diversas vezes a responsabilidade (LOPES, 2008, p. 188 e 189). Além disso, é via de perseguir seu objeto em sede emergencial ou não. Até porque, o poder Judiciário é, em um estado constitucional democrático, espaço inequívoco para interpretação de leis e da Constituição Federal (BARROSO, 2010, p.20).

Nesse sentido, o poder Judiciário pode se tornar aliado contra os abusos e as evasivas do poder Executivo. Todavia, não pode decidir quanto nem como gastar, uma vez que a vontade legal para decisão destes critérios foi destinada aos poderes Legislativo e Executivo<sup>8</sup>, ao elaborarem as políticas públicas (SILVA, 2006, p. 10).

Sobre o papel do poder Judiciário ante o direito à saúde, vários autores têm proposto soluções de análise sobre a questão. Traz-se à lume algumas delas.

Lopes (2008, p. 188) sugere as ações civis públicas e as ações de improbidade como mecanismos potencialmente aptos a imputar a responsabilidade aos entes estatais por sua omissão. O objeto a ser discutido é

---

<sup>8</sup> Delduque et al. (2009, p. 81) defendem que as manifestações judiciais por vezes contrastam com as diretrizes políticas que tem um viés distributivo. As autoras apontam que parte da doutrina entende que a intervenção judicial em questões políticas é legítima, agindo como controle dos atos políticos, que é elemento essencial para o equilíbrio entre as esferas de poder (1999, CAPPELETTI apud DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009, p. 85). Por outra via, é necessária reflexão acerca dos limites desse intervenção.

o orçamento (como é executado) e guarda dificuldades porque eles são peças complexas, que exigem do julgador manipulação de dados orçamentário-financeiros e estatísticos, além de, na verdade, discutir-se a alocação da verba e suas infintas possibilidades. Tal proposta, todavia, não deixaria de receber a crítica da violação do princípio dos três poderes, uma vez que discutir possibilidades e escolhas é discutir estratégias políticas – o que continua a não ser um debate jurídico.

Autores, como Massa-Arzabe e Bucci, apontam conclusões que as políticas públicas elaboradas em matéria de saúde representam a própria garantia de tal direito social, uma vez que racionalizam a prestação coletiva do Estado, sempre sensível às necessidades populacionais (MARQUES, 2008, p. 65). Segundo o próprio STF, “o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados” (2009).

Lima (2009, p. 124) indica que o caminho não é no sentido de restrição da aplicação desse direito social, mas no seu reforço através de uma aplicação racional e criteriosa, já que inflacionar os direitos fundamentais é enfraquecê-los. Assim, o coletivo deve prevalecer em relação ao individual, tendo como objetivo a justiça social. O autor apresenta seus critérios racionais: o primeiro é o respeito à separação, harmonia e independência entre as três esferas de poder, como enunciado no artigo 2º da Constituição Federal, sendo imperativo ao magistrado a análise da existência (ou não) de legislação disciplinando o tema e a quantas anda a implementação de políticas públicas (LIMA, 2009, p. 126); o segundo orbita na apreciação em relação às limitações fáticas e jurídicas advindas da escassez de recursos públicos, levando-se em consideração que as decisões que concedem prestações positivas do Estado em relação a alguém possam ser generalizadas à universalidade, sem prejudicar os demais serviços prestados pelo Estado (LIMA, 2009, p. 127); o terceiro é no sentido de respeito às opiniões e trabalhos técnicos-científicos de profissionais de renome da área, de modo a evitar custeio de tratamentos baseados em prescrições questionáveis (LIMA, 2009, p. 129); o quarto critério se relaciona a padrões, rotinas e fundamentações das decisões, de modo a sugerir minimamente previsibilidade ao Administrador (LIMA, 2009, p. 130).

Sarlet (2010, p. 20) questiona a real efetividade das decisões judiciais que concedem prestações materiais em matéria de saúde e sua capacidade de realizar a “justiça distributiva”, em especial as de caráter individual. É que, por vezes, tais prestações materiais conseguidas em juízo não se mostram atentas ao princípio da igualdade substancial, tampouco prima pelos preceitos elencados no artigo 3º da Constituição Federal. Em outra mão, não se deve negar o caráter individual que este direito tem (SARLET, 2010, p. 25). Ele aponta a questão como sensível e ainda posta à discussão, trazendo o drama pessoal de um indivíduo cujo mínimo existencial está muito longe de ser implementado e, ao mesmo tempo, a figura dos *free riders*, que não estão nem de perto configurados nessa classe, mas “pegam carona” nas concessões prestacionais<sup>9</sup> (SARLET, 2010, p.25). Parece que vale ressaltar o fato de que os que frequentemente tem acesso à justiça não são os que realmente necessitam, dado que o Brasil é um país de profundas diferenças sócio-econômicas e, por óbvio, o acesso à prestação judiciária, apesar da existência das Defensorias Públicas é ínfimo. Há o problema da falta de definição em relação ao quê e quanto é devido, uma vez que há apenas o imperativo genérico da integralidade<sup>10</sup>.

Barroso (2007, p. 28), sobre, especificamente a questão de distribuição de medicamentos, propõe alguns parâmetros para racionalizar e uniformizar as decisões. Nas ações individuais, prescreve que a atuação judicial deve ser restritamente em relação à concessão de medicamentos constantes das listas de dispensação elaboradas pelos entes federativos. Para as coletivas, o objeto pode ser o debate em relação à alteração dos medicamentos constantes de tais listas, desde que observados os requisitos em relação aos medicamentos: a eficácia deve ser comprovada (BARROSO, 2007, p. 32), a disponibilidade das substâncias no Brasil (BARROSO, 2007, p. 33), a opção deve ser em relação ao medicamento genérico de menor custo

---

<sup>9</sup> Sarlet cita pesquisa de campo desenvolvida por Silva e Terrazas (SILVA; TERRAZAS apud SARLET, 2010) em que os autores encontraram “coincidências’ relativas ao ajuizamento de demandas por um específico tipo de medicamento, para tratamento também de uma mesma doença, todas elas patrocinadas por uma mesma organização não-governamental (...), chamando a atenção para o papel dos laboratórios farmacêuticos nessa matéria, inclusive mediante patrocínio de grupos de defesa de pacientes.” (SARLET, 2010, p. 25, nota 87)

<sup>10</sup> No mesmo sentido, Santos (2009).

(BARROSO, 2007, p. 33) e deve ser observada a imprescindibilidade do medicamento à manutenção da vida (BARROSO, 2007, p. 34).

Este autor foi um dos colaboradores da Audiência Pública nº 4 realizada pelo STF (que será tratada logo a seguir), cuja posição contemplou, além desses pontos já esposados, a importância das ações coletivas como oportunidade para o poder público justificar sua política pública. O procurador do Estado do Rio de Janeiro retificou posicionamento que havia exposto anteriormente de que deveria ser impedido o ajuizamento de demandas individuais, relevando, na oportunidade, que esta classe de ação deveria ser possível, desde que o requerente esteja em situação de risco iminente de morte ou grave lesão à saúde (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 20).

A Audiência Pública retromencionada ocorreu em 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009, convocada pelo então Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Gilmar Mendes, ocasião em que se ouviram 50 (cinquenta) especialistas na área de saúde (advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde). O intuito foi de esclarecimentos prestados pela sociedade e Administração em relação ao tema, o que parece gerar maior democracia e pluralidade de visões a fim de orientar o poder Judiciário ante as lides dessa natureza (ASSESSORIA ESPECIAL DO STF, 2009)<sup>11</sup>.

No primeiro dia, discutiu-se o acesso às prestações de saúde no Brasil e os desafios do poder Judiciário. As posições radicais foram rejeitadas, tendo sido reconhecida pela maioria dos especialistas a legitimidade da atuação judiciária ante a temática, inclusive em sede de demandas individuais, desde que no sentido de reafirmarem as políticas públicas. Sobre a questão de ações fundadas em laudo médico exarado por profissional estranho aos quadros do SUS, afirmou-se que a prova era ilegítima. Outros temas foram trazidos (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 18), como

---

<sup>11</sup> Para acesso ao inteiro teor dos pronunciamentos: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>

[...] o dever de o poder público custear prestações de saúde não abrangidas nas políticas públicas existentes; a questão do bloqueio de verbas públicas decorrente de decisão judicial; a pertinência, em matéria de saúde, do princípio da reserva do possível; e o condicionamento do acesso ao poder Judiciário à submissão prévia do interessado à instância administrativa, não sendo possível, nesses pontos, identificar posições majoritárias, (...) abordagens isoladas sobre as questões do fornecimento de medicamentos sem registro no Brasil, dos serviços médicos experimentais e do aperfeiçoamento das políticas públicas do setor.

No segundo dia, o debate foi em torno da responsabilidade dos entes da Federação e o financiamento do SUS. A maioria das participações apontou o sobrecarregamento dos municípios em relação aos serviços de saúde, urgindo investimentos e que a condenação solidária, não raramente, gera a questão da duplicidade de cumprimento. Ainda, foram sugeridos: a criação de protocolos para o uso racional dos serviços de distribuição de medicamentos, realização de exames e procedimentos em geral; maior cautela na análise da prova documental do exame, não sendo possível o deferimento de todo e qualquer pedido em saúde; além disso, soluções construídas por vários atores foi uma questão relevada (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 18).

No terceiro dia, debateram-se a legislação do SUS e a universalidade do sistema. Ficou consignado, sem divergências, a necessidade de regulamentar a Emenda Constitucional 29/00; a ilegitimidade de procurar judicialmente produtos em fase experimental ou sem registro na ANVISA; a necessidade do esgotamento das vias administrativas anteriormente ao ajuizamento da questão em saúde; a baixa aceitação, por parte do Judiciário na aceitação de demandas coletivas, bem como a importância das ações civis públicas; o diálogo entre instituições, a exemplo da Defensoria Pública e a Secretaria de Saúde (tal parceria já ocorre em São Paulo). Ainda, abordaram-se as temáticas da aquisição da medicação de menor custo, quando comparados dois que produzem os mesmos efeitos; a necessidade de leis para regular a definição de competências e responsabilidade; as fraudes no fornecimento de medicamentos por força de determinação judicial (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 18).

No quarto dia, o tema foi o registro de medicamentos e insumos da ANVISA, bem como os protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS. Apontou-se a vital necessidade da comprovação da eficiência, eficácia e qualidade dos novos tratamentos. Quanto ao fornecimento, as opiniões se dividiram: para os representantes de órgãos governamentais, “os medicamentos só poderiam ser fornecidos se registrados, previamente, na ANVISA”; para os representantes dos médicos e da sociedade civil (pacientes), o registro é importante, mas não imprescindível; para o Ministério Público, a concessão de tais medicações sem registro não é possível, por não ter sua segurança terapêutica certificada, todavia, se a substância em questão houver sido aprovada pela ANVISA e apresente superioridade terapêutica, os protocolos clínicos do SUS deverão ser atualizados de forma a inserir as novas substâncias (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 19).

No quinto dia, ponderaram-se os aspectos que o debate da discussão judicial do direito à saúde envolvem, tendo a tese do deferimento do mínimo existencial ganhado destaque – foram afastados procedimentos experimentais e importados. Destacou-se a necessidade do esgotamento das vias administrativas anteriormente ao ajuizamento da demanda que envolve a saúde. Uma proposta foi a flexibilização da proteção de patentes de medicamentos com vistas à redução do preço (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 19).

No sexto e último dia, esclareceu-se a política de assistência farmacêutica do SUS. Os discursos de palestrantes da sociedade civil foram no sentido de alertar que a lista de medicamentos do SUS está ultrapassada, especialmente para medicações de dispensação excepcional para o combate de doenças raras. Os órgãos governamentais se limitaram a explicar os trâmites para inclusão de novos medicamentos na lista do SUS, tendo o Ministro da Saúde se comprometido a melhorar tal procedimento (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 20).

A referida audiência teve reverberações importantes no contexto da judicialização da saúde e como entender a questão.

Em relação à jurisprudência, de se destacar o julgamento de diversos recursos pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal, em 2010, para a ratificação da já existente jurisprudência da Casa no sentido de reconhecimento de que os destinatários a que se refere o artigo 196 da Constituição Federal são todos os entes políticos que compõem a Administração, tendo o plenário indeferido recursos interpostos por entes públicos irredimidos ante as decisões *a quo* que proveram medicamento de alto custo – Suspensões de Tutela (STA) nº 175, 211 e 278, Suspensões de Segurança nº 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355 e da Suspensão de Liminar (SL) nº 47 (VALLE; CAMARGO, 2011, p. 22).

Ficou consignado pelo Ministro Gilmar Mendes (2010, p. 19) que,

[...] após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas.

A nível institucional, em abril de 2010, foi criado o Fórum Nacional do Judiciário para o Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) através da Resolução 107/2010, cujo objetivo é a “elaboração de estudos e a proposição de medidas e normas para o aperfeiçoamento de procedimentos e a prevenção de novos conflitos judiciais na área da saúde”. A proposta é a criação de medidas concretas para a melhoria das rotinas processuais, bem como a estruturação e organização de unidades judiciárias especializadas. O CNJ, ainda, aprovou a Recomendação nº 31, em março de 2010, para que os tribunais adotem medidas visando assessorar os magistrados em demandas judiciais cujo objeto é prestação em saúde, como aconselhamento farmacêutico e médico (PORTAL CNJ).



Quanto às repercussões no âmbito legal, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, responde aos anseios dos especialistas que se pronunciaram no sexto dia da referida audiência pública, já que a referida lei disciplina a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Além disso, no dia 13 de janeiro de 2012, a Lei Complementar nº 141/2012 foi promulgada, que é a lei que regimenta a Emenda Constitucional 29/00, trazendo como objetivo regulamentar “o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde”; estabelecer “os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo”; além de revogar “dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993”, e dar outras providências.

Após todas considerações feitas, quanto às políticas públicas, à judicialização, às possíveis respostas aos problemas que se apresentam, à Audiência Pública nº 4 e suas consequências, parece relevante estudar uma política pública em saúde específica e sua dinâmica, com o objetivo de entender a sua construção e todas suas fases, além de como a judicialização impacta, positiva ou negativamente, nessa política pública.

Por sua relevância no panorama mundial e nacional, tendo esta sido considerada uma estratégia que reforça o reconhecimento dos direitos humanos, inclusive pela Organização Mundial de Saúde, propõe-se a análise da política pública de distribuição de antirretroviral (medicamento contra aids) e o papel do poder Judiciário nesta política pública.

## Capítulo IV: Políticas Públicas em saúde: o caso emblemático dos Antirretrovirais

Ao encarar os problemas ‘dos outros’ como ‘de todos nós’, visto que são problemas públicos, abrimos uma janela de oportunidade para que as políticas públicas que produzimos façam, de fato, diferença para a sociedade em que todos vivemos.

Marta M. Assumpção Rodrigues

O Brasil foi o primeiro país de renda média a oferecer tratamento que inclui distribuição gratuita de medicamentos anti-aids<sup>12</sup>. Muito embora o governo ofereça um conjunto de estratégias direcionadas a esta coletividade, a política pública de distribuição de antirretrovirais (ARV) ganhou mais atenção pública (LAGO et al., 2010, p. 3530), já que a garantia de acesso a medicamentos é parte integrante e essencial de uma adequada política assistencial.

Em se analisando políticas públicas, de um modo geral, há uma divisão de classificação no que concerne a origem da demanda, chamando-se *input* aquela advinda dos apelos da sociedade e *withinput* aquela que nasceu da própria Administração (RODRIGUES, 2011, p. 18).

No caso sob exame, parece correto admitir que a natureza de tal política pública é tanto de origem *input* – como já se viu, o direito à saúde foi construído pela atividade da sociedade civil, a partir da na Reforma Sanitária –, quanto *output*, uma vez que houve coincidência entre o “nascimento” da aids e a alocação do tema saúde na *agenda governamental* (LAGO et al., 2010, p. 3533).

---

<sup>12</sup> Ser infectado pelo vírus HIV não é a mesma coisa que ter a aids. A aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é o estágio mais avançado da contaminação do vírus HIV, condição que debilita o organismo, deixando-o mais vulnerável às doenças chamadas oportunistas. Há muitas pessoas contaminadas pelo vírus da aids (chamadas soropositivas) que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, mas que, todavia, podem transmitir o vírus. Informações retiradas do site do Departamento de DST, Aids e Hepatites virais do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv> e <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-aids>>. Acesso em 12 de março de 2012.

O fato é que, no Brasil, desde o início da década de 1990, a questão da distribuição de ARVs está na *agenda* governamental, uma vez que o governo patrocina este acesso. Em 1991, teve início a distribuição do ARV zidovudina (LAGO et al., 2010, p. 3531), podendo esta ser considerada a fase de *elaboração* da referida política pública, já que identifica o problema e avalia respostas estratégicas viáveis.

A *formulação* da política pública de distribuição dos medicamentos antirretrovirais teve seu marco jurídico-normativo em 1996, com a promulgação da Lei nº 9.313, que assegura a oferta universal e gratuita de ARV a pessoas com HIV/aids. O texto da lei é curto, valendo sua transcrição (BRASIL, 1996):

**Art. 1º** Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

**§ 1º** O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

**§ 2º** A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

**Art. 2º** As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

[...]

É possível, também, apontar a RENAME, elaborada em 1998, ratificando a formulação da referida política pública.

Os termos de universalidade e gratuidade da lei acima colocada geraram – e continuando gerando – um desafio porque, para a promulgação da referida lei, tensionaram-se de um lado, as pressões do movimento social<sup>13</sup> e, do outro, diversos setores da sociedade com a crítica de

---

<sup>13</sup> Importante chamar a atenção para o fato de que o surgimento da aids coincidiu com o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, na década de 1980, o que gerou para essa política específica “mais que pressão, ativismo social” (LAGO et al., 2010, p. 3533).

que os subsídios aplicados em tal política eram exagerados, se considerada a população que se beneficiaria. Há por volta de 600 mil pessoas soropositivas no Brasil, sendo que se estima que dessas, 180 mil recebam medicamento pelo SUS (LAGO et al., 2010, p. 3531).

As críticas à política pública examinada perderam vigor com a consecução de resultados positivos. Houve o investimento na ordem de 1 (um) bilhão de dólares desde a implementação inicial dessa política, mas os gastos evitados foram de aproximadamente 2 (dois) bilhões de dólares até 2010 (LAGO et al., 2010, p. 3532).

Muito embora esses números gerem otimismo, alguns estudos, (tais como os realizados por Nunn et al. e Granjeiro et al.), identificaram 2005 como ano de grande elevação dos gastos, quebrando a tendência de equilíbrio e estabilização de 1999-2004. Talvez o aumento iniciado em 2005 se relacione com a compra de medicamentos importados, evidência que pode contribuir para o entendimento quanto ao processo de licenciamento compulsório do ARV Efavirenz. Vejamos, em resumo, a dinâmica dos fatos:

Primeiramente, parecem pertinentes algumas considerações acerca do instituto da proteção patentária (ou patente) e o licenciamento compulsório.

A patente é a conferência de “*direitos de propriedade e uso exclusivo na produção – um direito de monopólio temporário – de ideias novas e úteis*” (MARQUES, 2000). Desde o século XIX, reconhece-se a importância do sistema de patentes, inovação trazida pela Convenção de Paris (1883), em que o Brasil foi signatário. A exploração exclusiva é característica muito atraente, porque dá às empresas liberdade para cobrar o preço que desejarem sobre o seu produto, com o fim de remunerar suas pesquisas e, assim, desenvolver novas tecnologias, que são caras não só por seu processo, mas por também pelos riscos a que estão submetidas<sup>14</sup>. Este sistema também

---

<sup>14</sup> Sobre o desenvolvimento de tecnologias e seus riscos, ver PRADO, Alan Bittar. **Risco e Desenvolvimento: Uma Abordagem juseconômica.**

permite o Estado acumular conhecimento acerca dos objetos de patente (RODRIGUES; SOLER, 2009, p. 553).

O licenciamento compulsório é a retirada do direito em relação à exploração comercial de forma exclusiva das empresas detentoras das patentes, ou seja, o direito do governo em não reconhecer as patentes em algumas circunstâncias, com o objetivo de atender a interesses nacionais (COSTA-COUTO; NASCIMENTO, 2008). Quando há licenciamento compulsório, no caso de medicamentos, outros laboratórios ficam autorizados a também explorar comercialmente o objeto da propriedade intelectual, sendo-lhes exigidos apenas um valor (arbitrado entre 0,5 e 2% do valor da aquisição) a título de *royalty* pelo uso da fórmula (RODRIGUES; SOLER, 2009, p. 555).

Com relação aos ARV e sua produção, o Brasil adotou duas estratégias para garantir a *implementação* e *execução* da política pública em questão: 1) produção local de ARV não sujeitos à legislação de propriedade intelectual; 2) pressão junto aos laboratórios para que estes reduzissem os preços, sob ameaça do licenciamento compulsório (LAGO et al., 2010, p. 3533).

Em 1996, houve a adesão do Brasil ao TRIPS<sup>15</sup>, o que forçou a promulgação da Lei de Propriedade Industrial Brasileira (Lei nº 9279/96), que entrou em vigor em 1997. Desta feita, medicamentos (que são propriedades intelectuais, quase todos protegidos pelas patentes) produzidos a partir de então gozariam da proteção patentária, fossem produzidos no Brasil ou não (LAGO et al., 2010, p. 3537).

A referida lei, todavia, contava com um procedimento de licenciamento compulsório em seu artigo 68, artigo este que gerou, inclusive, queixa formal junto à OMC. Esta queixa, todavia, foi retirada no ano de 2001,

---

<sup>15</sup> O TRIPS é um acordo cuja sigla, em inglês, significa *Trade-related aspects of intellectual property rights* (no Brasil, é reconhecido o nome “Acordo sobre aspectos dos direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao comércio”). Tem como escopo o desejo de redução de “distorções e obstáculos ao comércio internacional”, “levando em consideração a necessidade de promover uma proteção eficaz e adequada dos direitos de propriedade intelectual e assegurar que as medidas e procedimentos destinados a fazê-los respeitar não se tornem, por sua vez, obstáculos ao comércio legítimo.” (texto retirado do preâmbulo do Acordo, disponível em: <[http://www.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2008/02/ac\\_trips.pdf](http://www.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2008/02/ac_trips.pdf)>. Acesso em 15 de abril de 2012.

coincidentalmente, ano em que os países signatários do acordo TRIPS assinaram a Declaração de Doha, cujo cerne da discussão foi a Saúde Pública e a necessidade das licenças compulsórias, sobretudo em matéria de medicamentos (RODRIGUES; SOLER, 2009, p. 554).

Ainda que conte com o licenciamento compulsório, a Lei de Propriedade Intelectual Brasileira abalou a produção local, já que a regra é a proteção patentária e, a exceção, o licenciamento compulsório “*nos casos de emergência nacional ou interesse público*” (artigo 71 da Lei nº 9.279/96). As saídas propostas pelos principais estudos que problematizavam a sustentabilidade contemplavam a ruptura com as regras do jogo (LAGO et al., 2010, p. 3534), o que se materializou:

O *acompanhamento* da política pública apontou que nos anos de 1999 e 2000 houve a desvalorização do real e a conseqüente falta de recursos financeiros, tendo se questionado muito sobre a sustentabilidade da política pública, haja vista os altos preços dos medicamentos que dão tônica à política. Daí, em 2001, houve ameaça do licenciamento compulsório do Nelfinavir (produzido pelo laboratório Roche), o que não se materializou, uma vez que a empresa concordou em redução do preço em 40% (quarenta por cento). O ano de 2003 representou nova ameaça de licenciamento forçado da droga. Em 2004, as empresas concederam redução de 37% (trinta e sete por cento) nos preços de 5 (cinco) drogas – incluído o Nelfinavir. Em 2005, o Presidente da República assinou a declaração de interesse público para o licenciamento compulsório (que é o primeiro passo legal para a decretação do licenciamento compulsório por questões de saúde pública): adveio nova redução de preços de medicamentos ARV. Nesse processo, há de se consignar que as empresas farmacêuticas realizaram forte pressão junto ao Escritório Federal de Comércio dos Estados Unidos, com o intuito de que se adotassem medidas sancionatórias contra as iniciativas brasileiras em tentar o referido licenciamento (LAGO et al., 2010, p. 3534).

Finalmente, em 4 de maio de 2007, o Presidente da República assinou o Decreto nº 6.108/2007, materializando o licenciamento compulsório

do Efavirenz, do Laboratório Merck Sharp&Dohme, cujo nome comercial é Stocrin, sob a alegação de interesse público. Relevam-se alguns fundamentos que embasaram tal estratégia: o artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); o artigo 196 da Constituição Federal, bem como seu artigo 5º, incisos XXIII e XXIX (que dispõe sobre a função social da propriedade); os artigos 7º, 8º, 30 e 31 do TRIPS; a declaração ministerial da OMC sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, adotada em Doha (2001); a Lei de Propriedade Intelectual Brasileira, em seus artigos 68 e seguintes; 38% (trinta e oito por cento) dos pacientes no Brasil serem medicados com o Efavirenz, daí, sua essencialidade nesta política pública (RODRIGUES; SOLER, 2009, p. 555-556).

Houve uma redução de 72% (setenta e dois por cento) no preço do Efavirenz, o que significou economia de US\$30 milhões (trinta milhões de dólares) (LAGO et al., 2010, p. 3533).

Em que pese a já mencionada *estratégia 2*, esta foi muito utilizada como mecanismo para que se operasse a redução dos preços, o que foi efetivado no ano de 2001, 2003 e 2005. Em 2007, todavia, não obstante as pressões brasileiras, os laboratórios não negociaram de forma favorável ao Brasil, tendo o processo de licenciamento compulsório deixado de ser ameaça, e se materializado.

Já quanto à *estratégia 1* (produção local de medicamentos antirretrovirais), importante o realce que a adesão precoce do Brasil ao TRIPS e a também precoce edição da Lei de Propriedade intelectual enfraqueceram este intuito. As chamadas “gerações” das medicações se alteram, ou seja, as referidas adesão e edição puseram o Brasil numa situação em que as drogas que poderiam ser produzidas localmente, ou seja, sem a proteção de patentes, seriam aquelas anteriores ao ano de 1997 (somente as de primeira geração, sendo excluídas as de segunda e terceira). Esta foi uma escolha política pouco inteligente para a política pública em debate, sem planejamento a longo prazo, especialmente porque o acordo TRIPS impelia aos signatários a proteção das patentes somente a partir de 2005 (o que foi a opção indiana, que retardou a

edição de norma com o escopo de proteger patentes para este ano) (LAGO et al., 2010, p. 3532).

Todavia, nem mesmo após o licenciamento compulsório, superada a questão legal, os laboratórios brasileiros dispunham de capacidade para a produção para abastecer toda demanda interna. Deste modo, laboratórios indianos certificados pela OMS passaram exportar a referida droga ao Brasil, devendo tais empresas pagar o valor de 1,5% das importações a título de *royalties*. O preço praticado pela Índia com seus genéricos era de US\$0,45 – 136% mais barato que o preço praticado pelo laboratório americano (RODRIGUES; SOLER, p. 556).

A opinião pública em relação à estratégia brasileira se dividiu. O *Wall Street Journal* afirmou que o licenciamento ameaçou a capacidade da indústria farmacêutica de produzir novos medicamentos. Por outra mão, jornais, como o Estado de São Paulo, acadêmicos e ONGs compartilharam a opinião de que o Brasil priorizou o direito à saúde face os interesses comerciais (LAGO et al., 2010, p. 3539). Esta é a posição, inclusive, da própria OMS<sup>16</sup>, que apoiou tal estratégia brasileira.

A despeito da diminuição dos preços com o licenciamento compulsório<sup>17</sup>, o investimento público em relação à política pública de distribuição de antirretroviral permaneceu alto. O gasto da União com medicamentos do componente estratégico (do qual os antirretrovirais fazem parte) é o mais alto – cerca de 60% dos gastos orçamentários, como demonstra a *Tabela 03* a seguir:

---

<sup>16</sup> Matéria disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/oms-acha-correta-quebra-de-patente-pelo-brasil-gazeta-do-povo-pr>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

<sup>17</sup> Inclusive, em notícia de 7 de maio de 2012, o site do Portal de DST-AIDS e HEPATITES VIRAIS noticiou que esta licença compulsória será renovada pelo Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2012/brasil-renova-licenciamento-compulsorio-do-efavirenz>>. Acesso 7 maio 2012.



**Tabela 03. Gasto do Ministério da Saúde com a compra direta de medicamentos para os componentes da assistência farmacêutica, realizado por meio de licitação e de repasse para laboratórios oficiais – 2005/2008 (em R\$1 mil, IPA – medicamentos) (BRASIL, 2011a, p. 37)**

Componente da assistência farmacêutica	2005		2006		2007		2008	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Básico	423.578,18	20,7	118.031,55	6,7	251.679,05	16,8	185.807,11	11,7
Estratégico	1.331.239,67	65,0	1.071.956,06	60,8	849.750,88	56,6	944.250,01	59,5
Especializado	293.863,06	14,3	573.937,24	32,5	399.258,53	26,6	457.401,97	28,8
<b>Total</b>	<b>2.048.680,91</b>	<b>100,0</b>	<b>1.763.924,85</b>	<b>100,0</b>	<b>1.500.688,46</b>	<b>100,0</b>	<b>1.587.459,10</b>	<b>100,0</b>

Fontes: SIASG e MS.

Obs.: O gasto federal dos componentes da assistência farmacêutica não inclui os hospitais federais do MS, MD e MEC e os ambulatórios médicos dos órgãos federais. Entretanto, são considerados os gastos com compras e convênios nos três componentes da assistência farmacêutica.

Desse montante gasto com a assistência farmacêutica estratégica, o programa de distribuição de medicamentos contra HIV/aids tem mostrado a maior participação no gasto total com assistência farmacêutica (em geral) no Ministério da Saúde – oscilou entre 47% e 38%, entre 2005 e 2008 (BRASIL, 2011a, p. 38).

Importante destacar que o Ministério da Saúde é responsável único pelo financiamento, aquisição e distribuição dos antirretrovirais, que são estritamente as medicações destinadas que ataca o vírus da HIV/aids. As outras medicações que compõem a terapia, destinadas ao combate das doenças oportunistas, são dispensadas através da assistência farmacêutica básica e de responsabilidade do Distrito Federal, dos estados e municípios (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009b). Deste modo, esses números relevados, importam apenas a aquisição do medicamento anti hiv/aids, sendo o tratamento de pessoas soropositivas ou aidéticas ainda mais caro (IPEA, 2011, p. 21).

O documento *Programas de Assistência Farmacêutica do governo federal: Estrutura Atual, Evolução dos Gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008* (2011), elaborado pelo IPEA, atribui a irregularidade nas compras dos medicamentos antirretrovirais à inclusão de medicações mais modernas, as quais substituem as consideradas antigas e menos eficazes nas listas de dispensação (BRASIL, 2011b, p. 48).

Scheffer (2009, p. 136), contudo, correlaciona a existência (e quantidade) das ações cujo objeto é medicação antirretroviral à demora do governo brasileiro em disponibilizar, pelo SUS, os avanços tecnológicos na área. Para ele, nesse contexto, a judicialização não é mero pleito judicial por determinada medicação, mas deve ser entendida como parte do contexto de incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde, caminho este que se dá de forma fragmentária e, por muitas vezes, lenta.

Atento a esta questão, o legislador editou a Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011c):

**Art. 19-Q.** A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, **são atribuições do Ministério da Saúde**, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

**§ 1º** A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de **1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde** e de **1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina**.

**§ 2º** O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

**I** - as **evidências científicas** sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

**II** - a **avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível**.

**Art. 19-R.** A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em **prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem**.

**§ 1º** O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

**I** - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

**II – VETADO;**

**III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;**

**IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.**

**[...]**

**Art. 19-T. 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.**

**Art. 19-U.** A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.

Para análise da lei colacionada, um primeiro ponto conceitual deve ser esclarecido, acerca do que significa Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (PORTAL DA SAÚDE).

Os PCDT têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos.

Por sua vez, a Resolução nº 1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), editada pelo Ministério da Saúde, em seu artigo 3º enuncia:

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 17 DE JANEIRO DE 2012

Art. 3º A RENAME atenderá os seguintes princípios:

**[...]**

**V - racionalidade no uso dos medicamentos: as condições de uso dos medicamentos devem seguir as orientações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou das diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) como estratégia para a promoção do uso racional dos medicamentos nos serviços de saúde e na comunidade;**

Assim, entende-se que as PCDT são um guia para orientar o médico do SUS acerca de como identificar e tratar determinada patologia, ao

passo que na RENAME constam as medicações por estas apontadas. Assim, para que uma medicação passe a ornar a RENAME, necessário seria esta fazer parte das PCDT.

Daí, compreende-se o *caput* do artigo 19-Q: a incumbência de atualização (incorporação, exclusão ou alteração) de novos medicamentos às listas de dispensação do SUS é do Ministério da Saúde.

O parágrafo primeiro confere a participação de um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de um especialista na área indicado pelo CFM que observarão, necessariamente, as evidências científicas, além de critérios que se pautam no binômio custo/benefício na aquisição de tecnologias (parágrafo segundo).

A lei em análise traz importantes liames para a atuação tanto do poder Executivo, quanto do poder Judiciário: o artigo 19-R, *caput*, ao definir prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que a Administração aprecie o pedido, havendo a possibilidade de prorrogação por mais 90 (noventa), serve de referência objetiva para reputar como razoável o tempo de apreciação dos requerimentos. Somente ao extrapolar o referido prazo é que pode se falar em mora da Administração – situação em que poderia autorizar a atuação judicial.

E mais, o artigo 19-T veda, em todas as esferas de gestão, o pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamento (e outros) experimental ou ainda não autorizado pela ANVISA.

Deste modo, espera-se que seja evitada a concessão de medicamentos e medidas terapêuticas que ainda não tenham sua eficácia e segurança comprovadas.

Este é um instrumento interessante, haja vista a pressão da indústria farmacêutica nesse setor<sup>18</sup>. Somente em 2001, o investimento em

---

<sup>18</sup> Chieffi e Barata (2010, p. 421) realizaram um estudo visando a analisar como se dava o padrão dos processos ajuizados no Estado de São Paulo, levando-se em consideração o fabricante da medicação, o médico prescriptor e o advogado patrono da causa. A pesquisa aferiu que, em 2006, gastaram-se 65 milhões de reais devido às concessões judiciais, contemplando aproximadamente 3.600 pessoas. Os dados demonstraram que poucos advogados são responsáveis pela maioria das demandas judiciais desses medicamentos. A observação de que mais de 70% das ações ajuizadas para certos

marketing e administração nos Estados Unidos, pela indústrias farmacêuticas, ocupou 35% da receita. As estratégias de marketing envolvem propaganda ao consumidor, visitas a médicos com o intuito de venda, amostras grátis, publicações médicas, além de patrocínio de congressos e conferências (CHIEFFI; BARATA, 2010, p. 426)

Consulta informal a *sítes* de Tribunais de Justiça (Distrito Federal e Territórios, Paraná e São Paulo), com a finalidade de pesquisar decisões que já levassem em conta a nova lei no que concerne medicamento anti HIV/aids, não demonstrou resultados no que concerne o pleito de medicamentos não constantes das listas de dispensação.

Pode-se ver que, atento à realidade dos gastos exorbitantes na aquisição de medicamentos, à voracidade da indústria farmacêuticas e a todas sugestões aventadas na Audiência Pública nº 4, realizada pelo STF, em que diversos setores institucionais e da sociedade civil puderam dialogar para procurar, de forma conjunta, soluções para o SUS, o legislador já apontou um caminho para responder um dos impasses experimentados na tentativa de construir um sistema de saúde eficaz e democrático, esperando-se que a referida lei tenha repercussão nas concessões pouco criteriosas, uma vez que falar de direito prestacional é falar em escassez.

Espera-se que a novidade legislativa balize as atividades do poder público (tanto Executivo quanto Judiciário), com o escopo de direcionar ao maior número de cidadãos o tratamento mais adequado, eficaz, moderno e seguro, não obstante a utilização de critérios racionais e objetivos para a efetivação do referido propósito.

## CONCLUSÃO

A gênese de um direito não existe por si, já que este é condicionado a contingências histórico-sociais. O direito à saúde em questão era visto como objeto da previdência social e não como um direito do qual toda a população é titular. Hoje, todavia, esta acepção deu espaço para o entendimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (artigo 196, CF).

A construção da acepção da “cidadania” como a conhecemos foi um processo que, agora, após a Constituição de 1988, inclui direitos sociais. Ao Estado são incumbidas tarefas, exigindo-lhe uma postura ativa em relação à tutela de certos direitos, marcadamente o direito à saúde, ora em questão, lembrando a aplicabilidade direta do artigo 196, CF, ou seja, sem necessidade de lei ordinária para regulamentá-lo. Nesse contexto, o SUS como garantia constitucional (e, portanto, não pode ser abolido) é vital, já que é o aparato institucional para garantir esse direito à saúde. Com os seus princípios e balizas, o Sistema Único de Saúde visa a garantir o acesso de toda a população aos serviços de prevenção e cura.

A promessa constitucional é sedutora e generosa. Mas, é possível que todas as necessidades em saúde sejam satisfeitas? Parece que não, haja vista que as necessidades humanas são infinitas, especialmente quando se fala em saúde por um viés do princípio da integralidade, que repercute nas várias esferas da vida de uma pessoa (saúde física, saúde psicológica, saúde no trabalho, saúde na escola, saúde na família, saúde ambiental etc.).

Do embate promessa constitucional acompanhada de infinitas necessidades *versus* as restrições orçamentárias e financeiras, emerge o ajuizamento de lides versando o tema saúde. O indivíduo, titular do direito (individual e social) à saúde, de um lado; e o ente federado (quaisquer deles, já que a obrigação é solidária entre eles), de outro. Alguns países entendem que tal tema não é passível de apreciação pelo poder Judiciário, uma vez que a questão é “meramente política”, ou seja, cabe somente aos administradores públicos a escolha em relação a como aplicar a verba, através de políticas

públicas. Todavia, não é o que ocorre no Brasil, uma vez que o poder Judiciário, é a forma democrática de assegurar ao cidadão o conhecimento de sua questão (é mais difícil o acesso aos poderes Executivo e Legislativo): “o *judiciário* *poderá e deverá intervir*” (BARROSO, 2009, p. 22). E assim faz, sendo a jurisprudência farta de decisões sobre o tema. E a grande maioria é no sentido de concessão da medida em saúde que o demandante necessita.

Tal resposta da magistratura ante a questão é viável? Parece natural o entendimento que aos direitos prestacionais sempre se impõem restrições. Diversos autores propõe formas de responder a essa questão da massiva judicialização das questões de saúde, tendo esse trabalho relevado e discutido com mais profundidade o posicionamento da necessidade de implementação e execução de políticas públicas em saúde.

Basicamente, políticas públicas são escolhas do governo em relação a como gerir certa necessidade social. Vale rememorar a concepção clássica de Laswell “*quem faz o quê*”, “*como*” e “*para quem*”. As políticas públicas são sempre iniciativas institucionais do poder público (a partir de demandas detectadas pela própria Administração Pública ou trazidas pela sociedade civil) e uma de suas características é a obrigatoriedade. São 7 as etapas de uma política pública: inclusão na agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação.

No contexto brasileiro, as políticas públicas são de maneira frequente postas em questão judicialmente, haja vista o número de 240 mil lides cujo objeto é prestação em saúde já ultrapassam (e isso é apenas um levantamento parcial do CNJ). Por tal temática ocupar tanto a magistratura e pela sua patente relevância em relação à população, em 2009, o STF articulou a Audiência Pública nº 4, com o intuito de possibilitar a interlocução de diversos atores sociais que participam e interferem nas políticas públicas em saúde.

As consequências de tal evento já podem ser percebidas no âmbito judiciário, institucional e legal.

O presente trabalho enfatizou a promulgação da Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), tendo-lhe analisado no contexto do caso concreto da política pública em distribuição de antirretroviral. O estudo da política pública de fornecimento de ARV se deu pelo destaque positivo a nível mundial, além do enorme investimento do governo federal para sua sustentação: esta medicação é a que mais concentra os recursos federais.

A referida política foi incluída na *agenda* com o advento da “epidemia” da aids no mundo inteiro, no início dos anos 1980. Isto coincidiu com a militância do movimento da Reforma Sanitária, o que possivelmente trouxe ainda maior visibilidade à questão. O governo iniciou a *elaboração* em 1991, quando começou a distribuir de forma gratuita um medicamento antirretroviral (zidovudina). Em 1996, concretizou a *formulação* com a Lei nº 9313, que tornou obrigatória e universal a distribuição, por parte do governo, de medicamentos antirretrovirais. Nesse ponto, é interessante ressaltar a importância da política pública legitimada através de lei: bloqueia-se a descontinuidade que possivelmente ocorreria com a troca de governantes. Parece que, ao normatizar, uma ação passa da esfera governamental (política) para a esfera estatal.

A *execução* da política para a distribuição de ARV se sustentou em dois pilares: o primeiro, a produção local e o segundo, pressão junto aos laboratórios para a diminuição dos preços. A adesão do Brasil ao acordo TRIPS não foi vantajosa neste particular. Isto porque tal acordo previa a criação de legislação nacional com o escopo de proteger as patentes. Tão logo foi promulgada a Lei de Propriedade Industrial Brasileira, nº 9279/96, ao Brasil foi vedada a possibilidade de produção de medicamentos protegidos pelo sistema de patentes, ou seja, o primeiro pilar de ação foi enfraquecido. De toda sorte, o Brasil, na fase de *acompanhamento* dessa política pública, continuou pressionando os laboratórios para a redução dos preços, sob a ameaça do licenciamento compulsório, tendo logrado êxito nos anos de 2001, 2003 e 2007.



A questão em relação ao papel dos países em desenvolvimento nesse mercado é relevante, uma vez que estes não podem pagar um preço tão alto como os países desenvolvidos, mas podem pagar mais do que países empobrecidos. Desse impasse adveio uma das relevantes queixas do governo brasileiro em relação à importação dos ARVs: o Brasil, que pagava um preço de US\$1,59 por comprimido, via a Tailândia ser cobrada em US\$0,75 por comprimido, ou seja, uma diferença de mais de 100%. As pressões junto aos laboratórios não estavam surtindo os efeitos esperados em relação à diminuição de preço. Paralelamente, a Índia, que, apesar de também ter aderido ao TRIPS, ainda não tinha promulgado sua legislação nacional que regula as patentes; deste modo, ela estava produzindo medicações genéricas por preços significativamente mais acessíveis (US\$0,45).

Daí, em 2007, ocorreu o procedimento de licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz, sendo possível ao Brasil produzir localmente a referida medicação, bem como importar a versão genérica (especialmente da Índia). A medida foi aplaudida por muitos segmentos, frisando-se o apoio da OMS à referida estratégia.

O IPEA, através de um documento que aferiu índices no que tange as políticas públicas de distribuição de medicações, concluiu que muitas medicações antirretrovirais eram comprados com relativa descontinuidade devido à incorporação de novas medicações ao SUS e, conseqüentemente, a mudança da RENAME.

Tal não é a conclusão de Scheffer em seu estudo, que aponta que um dos fatores que mais conduzem os usuários de tal classe de medicação ao poder Judiciário é a longa demora para a incorporação das novidades da área que, para o autor, é feita de forma fragmentada e lenta.

Daí a promulgação da Lei nº Lei nº 12.401, que altera a Lei Orgânica nº 8.080/90, em alguns de seus artigos. O presente trabalho relevou os benefícios que a lei potencialmente trará, já realçando a expressa vedação de fornecimento de medicações e tratamentos que não foram aprovados pela ANVISA, já que impossível agora o ressarcimento destes pelo poder público.

A referida lei ainda é recente, sendo necessário mais algum tempo para que um estudo que conte com dados mais abundantes possa ser realizado.

## REFERÊNCIAS

ASSESSORIA ESPECIAL DO STF. Audiência Pública – Saúde. Portal eletrônico do STF, Brasília, 12 maio 2012, processos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Interesse Público**, n. 46, p. 31-62, 2007. Disponível em: <[http://www.lrbarroso.com.br/pt/profissionais/advogados/roberto/artigos\\_afetividade.pdf](http://www.lrbarroso.com.br/pt/profissionais/advogados/roberto/artigos_afetividade.pdf)> Acesso em: 04 nov. 2011.

BASSETTE, Fernanda. Gasto do governo com remédios via ação judicial cresce 5.000% em 6 anos. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 abr. 2011, Notícias. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,gasto-do-governo-com-remedios-via-acao-judicial-cresce-5000-em-6-anos,711740,0.htm>>. Acesso em: 04 maio 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008**. Brasília: IPEA, 2011a. 70p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1658.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1658.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social: saúde**. Brasília: IPEA, 2011b. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)>. 21p. Acesso em: 24 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.313, 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm)>. Acesso em: 5 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.401, 28 de abril de 2011. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm)>. Acesso em: 4 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamento. Portaria nº 3.916/MS/GM, 30 de outubro 1998. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em: 3 mai 2012.

CAVALCANTI, Hylda. Livro sobre judicialização da saúde é lançado em Brasília. **Agência CNJ de Notícias**, Brasília, Notícias. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/14963:livro-sobre-judicializacao-da-saude-e-lancado-em-brasilia>>. Acesso em: 3 maio 2012.

CIARLINI, Álvaro Luís de Araújo. **O direito à saúde entre os paradigmas substanciais e procedimentais da Constituição: para uma compreensão agonística dos direitos fundamentais sociais na busca do equilíbrio entre autonomia e bem-estar**. 2008. 288p. Doutorado em Direito – Universidade de Brasília.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 maio 2012.

COSTA-COUTO, Maria Helena; NASCIMENTO, Álvaro César. Assimetria nas relações internacionais, propriedade industrial e medicamentos anti-aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000600022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 abr. 2012.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Sílvia Badim; ROMERO, Luiz Carlos. A saúde precisa de juízes epidemiologistas! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81. Acesso em 15 nov. 2011.

FREITAS FILHO, Roberto, et al. Políticas Públicas e protagonismo judicial no STF: relatório de pesquisa do grupo de estudo e pesquisa em políticas públicas e hermenêutica. **Univ. JUS**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 105-196, jul./dez. 2011

KEINART, Tânia Margarete Mezzomo. Direitos Fundamentais, direito à saúde e papel do Executivo, Legislativo e Judiciário: fundamentos de Direito Constitucional e Administrativo. In: KEINART, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (organizadores). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p.13-23.

LAGO, Regina Ferro do; COSTA, Nilson do Rosário. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 mar. 2012.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à Saúde e Critério de Aplicação. **Direito Público**, n. 12, p. 112-132, abr./mai./jun., 2006.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da “reserva do possível”. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (organizadores). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 173-193.

MARCHEWKA, Tânia Maria Neiva. **A reforma psiquiátrica como justiça social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental**. 2003. Especialização em Direito Sanitário – Universidade de Brasília, Brasília.

MARQUES, Marília Bernardes. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-5970200000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970200000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 abr. 2012.

MARQUES, Silvia Bandim. Judicialização do direito à saúde. **Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, jul./out. 2008. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792008000200005](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792008000200005)>. Acesso em 23 nov. 2011.

MATTA, Gustavo Correa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: 2010. p. 247-255.

Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2012.

MELLO, Celso de. Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Direito Fundamental nº 45. Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB) e Presidente da República. Relator: Ministro Celso de Mello. DJ 04/05/2004, decisão democrática. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=ADPF-MC.SCLA.+E+45.NUME.+E+20040429.JULG.&base=baseMonocraticas>>. Acesso em: 1 maio 2012.

MENDES, Gilmar. Supremo Tribunal Federal. EMENTA: Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde - SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento.. Agravo Regimental contra Suspensão de Tutela Antecipada nº 175. União e Presidência do STF. Relator Ministro Gilmar Mendes. 17/03/2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução nº 1, DE 17 DE JANEIRO DE 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001\\_17\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html)>. Acesso em 9 maio 2012.

PEREIRA, Delvechio de Souza. O orçamento público e o processo de judicialização da saúde. 2010. 32p. especialização em Orçamento Público – TCU, SF, SOF CGU.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. IPEA, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps\\_17/volume01/bps\\_completo\\_1.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_17/volume01/bps_completo_1.pdf)>. Acesso em 17 abr. 2012.

PORTAL CNJ. Fórum da Saúde. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/saude-e-meio-ambiente/forum-da-saude>>. Acesso em 5 maio 2012.

PORTAL DA SAÚDE. Principal Biblioteca. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1)>. Acesso em 10 maio 2012.

SANT'ANA, João Mauricio Brambati et al . Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 maio 2012.

SANTOS, Lenir. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. 2006. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/integralidade.pdf>>. Acesso em 23 nov. 2011.

SARAVIA, Enrique. O conceito de Política Pública. In: **Políticas Públicas: coletânea**. SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elizabete (organizadores). Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/252234-POLITICAS-PUBLICAS-COLETANEAS-VOLUME-I/>. Acesso em: 5 abr. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O\\_direito\\_a\\_saude\\_nos\\_20\\_anos\\_da\\_CF\\_coletanea\\_Tania\\_10\\_04\\_09.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_Tania_10_04_09.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2011.

SCHEFFER, Mário. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da aids no Sistema Único de Saúde. In: KEINART, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (organizadores). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 129-138.

SILVA, Silvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.ace 13-26, jan/abr. 2009. Disponível em:

[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.81+-+jan.%2Fabr.+2009+-+20+anos+de+SUS&pesq=&x=60&y=9](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.81+-+jan.%2Fabr.+2009+-+20+anos+de+SUS&pesq=&x=60&y=9).

Acesso em 15 nov. 2011.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-44, jul./dez. 2006.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 11, n. 3, fev. 2011. Disponível em [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 30 abr. 2012.

VIANNA, Luís Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. **Tempo Social**, São Paulo, v. 19, n. 02, p. 39-85, 2007.