

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

DIREITO À SAÚDE

Artigo

JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total deste artigo, desde que citadas a fonte e a autoria.

Este artigo faz parte da publicação Direito à Saúde, da coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015*.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

**Os artigos publicados traduzem a opinião dos seus autores. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate e refletir as diversas opiniões e pensamentos.
Direitos de reprodução cedidos ao CONASS.**

Organização da Coleção

René Santos

Coordenação do Livro

Alethele de Oliveira Santos

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Paula Sue Facundo de Siqueira¹

O acesso universal e igualitário, com atendimento integral à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), como garantia do Estado ao direito à saúde, ainda é objeto de controvérsias. O entendimento do que é saúde e a definição dos limites da responsabilidade do sistema público como garantidor deste direito social vem sendo amplamente debatido entre profissionais e administradores de saúde, o Poder Judiciário, operadores do Direito e a sociedade. A dimensão atual da compreensão deste direito à saúde, guardado pela Constituição, atinge diretamente e expõe a gestão de ações e serviços públicos de saúde.

Somado ao direito fundamental social à saúde, contido no art. 6º da Constituição Federal (CF)², considerada sua aplicabilidade imediata, expressa, em seu art. 5º, se invoca a primeira porção do art. 196 “O dever do Estado”, destituído de seu caráter normativo programático³, ou seja, em apertada síntese, característica da norma constitucional, que em vez de regular diretamente determinados interesses, limita-se a traçar princípios e, assim, concede aos órgãos estatais (legislativo, executivo, jurisdicional) a faculdade de elaboração de respectivos programas para alcance e efetivação dos fins sociais do Estado. Mas resulta do direito brasileiro o entendimento atual na maioria dos julgados, sobre a obrigatoriedade de o gestor público fornecer todo e qualquer tipo de insumo e serviço de saúde, de forma extraordinária e desregrada ao SUS.

A leitura isolada e fragmentada destas normas constitucionais conduz a interpretações (equivocadas) de que o Estado deva, a qualquer tempo, em qualquer contexto, fornecer todo o considerado necessário para a manutenção ou recuperação da saúde para cada indivíduo, respeitando sua particular necessidade, admitindo a indicação médica apresentada sem maiores provas ou justificativas técnicas da escolha, corroborado pelo rito e estratégias processuais escolhidos, que em geral, obriga o fornecimento imediato sem maiores análises. São desconsideradas as políticas públicas de saúde e alternativas terapêuticas ofertadas pelo SUS, escolhidas por critérios técnicos do melhor conhecimento científico disponível, segurança terapêutica, eficácia, eficiência, efetividade e custo-eficiência na avaliação das demandas judiciais em saúde.

De acordo com Santos⁴:

A integralidade da assistência no SUS deverá pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, protocolos de condutas, limites para incorporação de tecnologia, protocolos farmacológicos. A integralidade da assistência, sob esse ponto de vista, não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde. Há que se ter critérios científicos e técnicos, atualizados cientificamente para a embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento.

Compreender o princípio do atendimento integral no SUS como fonte do direito ao consumo (sem critério), de todos os insumos de saúde e de todas as tecnologias de saúde disponíveis no

1 Enfermeira, Bacharel em Direito, Especialista em Gestão Pública, Especialista em Direito Sanitário, Coordenadora das Demandas Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 1º andar. Cerqueira César/SP CEP 05403-000. E-mail: psue@saude.sp.gov.br.

2 BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1988.

3 SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. São Paulo: Malheiros, 1998. p.699. MOREIRA NETO, Diogo Figueiredo. **Mutações do direito administrativo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. p. 97-101.

4 SANTOS, Lenir. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Direito, Escassez & Escolha**. [s.l.]: Renovar, 2001. p. 142.

mercado – fornecidos gratuitamente pelo Estado – desvirtua o conteúdo da norma constitucional, pois transforma o dever do Poder Público de prestar serviços integrais à saúde, em um mero dispensador de produtos e prestações isoladas e desconexas, atentando contra os preceitos também constitucionais que exigem atenção coletiva, equitativa e isonômica aos cidadãos.

É com o SUS que o Poder Público brasileiro cumpre a missão constitucional de promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, visando à assistência integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, mediante políticas públicas que devem ser elaboradas e implementadas a fim de ampliar o acesso e melhorar os índices de saúde da população⁵. A publicação de normatização legal e infralegal permite ao administrador da saúde pública executar o que se define como ações e serviços de saúde pública, para garantia deste direito.

A discussão sobre a validação da escolha de políticas públicas expressas por meio de legislação infralegal gira em torno do entendimento do que é a integralidade na assistência à saúde no SUS e quais os limites de sua atuação em face da compreensão da dimensão do dever do Estado e direito à saúde. A esta discussão **são acrescidas questões paralelas, mas não menos importantes para o debate, como a cláusula da reserva do possível, e do mínimo existencial, construções doutrinárias do direito alemão, que contemplam a questão material (e financeira) do Estado na realização de direitos fundamentais sociais, debatida como fator limitante na escusa dos entes estatais para a não efetivação dos direitos sociais fundamentais, em garantia do mínimo existencial, que diferente do mínimo vital, também é expressão de direito fundamental afeto às questões da dignidade humana.** Tais questões orbitam no princípio da razoabilidade, o que é **razoável exigir do Estado, e o que é** razoável o Estado realizar.

A essa temática soma-se ainda o desarranjo dos limites da responsabilidade de cada esfera de governo e suas competências por níveis de complexidade. Este é o campo no qual atualmente transita o direito sanitário.

Não é a intenção revisar o atual debate acerca da judicialização em saúde e suas questões doutrinárias, porquanto demais profissionais integrantes deste fenômeno, operadores do direito e estudiosos, certamente os têm com muito mais propriedade e eloquência.

Nessa ordem específica, da obrigatoriedade do administrador público, em fornecer insumos e serviços de saúde de maneira anômala ao SUS, resultante do cumprimento de uma determinação judicial, e a estratégia de avaliação administrativa de medicamentos na tentativa de minimizar a intensa judicialização em saúde é que será tratado.

Mesmo após a tardia publicação da Lei n. 12.401/2011⁶, do Decreto n. 7.508/2012⁷, e do Decreto nº 7.646/2011⁸, que expressamente definem e delimitam os contornos da Assistência Farmacêutica e da incorporação de tecnologia no SUS, a questão do que é ou não devido pelo SUS ainda não está encerrada e a judicialização da saúde no SUS continua crescente.

Os dados resultantes da judicialização nas ações públicas de saúde no estado de São Paulo permitirão refletir sobre alguns questionamentos, de qual prestação de saúde o Poder Judiciário obriga o Estado, qual a influência do Poder Judiciário na execução das políticas públicas de saúde

5 FIGUEIREDO, M. F. **Defendendo a natureza de garantia institucional do SUS**, p. 45-46.

6 BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 29 abr. 2011, p. 1.

7 BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 17 nov. 2011, p. 21.607.

8 BRASIL. Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 nov. 2011, p. 3.

e, ainda, se a **ação** do Poder Judiciário representa as necessidades de saúde da população.

Os dados coletados e apresentados pertencem ao sistema informatizado, desenvolvido desde 2005 pela Secretaria Estadual da Saúde e implantado integralmente em todo o estado em 2010, especificamente para o cadastro e processamento das demandas judiciais e administrativas do estado de São Paulo, atualmente denominado S-Codes (Sistema da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS). O sistema foi desenvolvido em linguagem *dotNET C#* e banco de dados *Oracle*, customizado com o implemento de ferramentas e relatórios conforme necessidade dos usuários.

O sistema permite o gerenciamento das demandas judiciais em saúde em módulos de dados do processo judicial (com informações das partes, tipo de solidariedade, patronos, médicos, instituições de saúde, juízes, Varas e decisão judicial recente), assim como o fornecimento de informações técnicas para a Procuradoria do Estado, a identificação do objeto da demanda e seu custo, o planejamento das aquisições dos itens a serem entregues aos pacientes, o controle de dispensação e custos dos mesmos. Além da questão operacional, é possível extrair relatórios do sistema para análise das ações judiciais coletivamente. Foi vencedor do 1º Prêmio no Concurso nacional de práticas exitosas no manejo da judicialização e da gestão do acesso aos bens de saúde, promovido pelo Ministério da Saúde e Fiocruz em 2011.

As ações judiciais que obrigam a Fazenda do Estado de São Paulo a prontamente cumprir a ordem judicial, com o fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde se iniciaram a partir da década de 1990, com pedidos de medicamentos antirretrovirais para o tratamento de HIV/AIDS, e a partir de 2005, se intensificaram, conforme pode ser demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Entrada de novas ações judiciais e de novas solicitações administrativas autorizadas por ano no estado de São Paulo

Fonte: S-CODES-SES-SP

Observa-se crescente aumento anual, intensificado em 2008, ocasião do cadastramento maciço das demandas judiciais que já estavam em atendimento fora do sistema. Houve queda no número total de ações em 2009. Tal redução pode ser explicada porque, no final de 2009, a SES/SP implantou nova prática de triagem e orientação às solicitações de medicamentos, produtos e serviços, que poderiam se transformar em futuras ações judiciais. Na ocasião, cerca de 34% dos pacientes eram imediatamente atendidos pela assistência farmacêutica do SUS, 38% retiravam formulários para avaliação administrativa, e os demais foram orientados sobre outras possibilidades terapêuticas alternativas disponíveis no SUS.

Coincidentemente em 2009, o debate acerca da crescente judicialização da saúde, culminou com a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), por seu presidente, Ministro Gilmar Mendes, que deu origem à Recomendação n. 31/2010, do Conselho Nacional de Justiça⁹ que pretendia maior aproximação da Magistratura com os gestores da saúde, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde, que provavelmente tenha influenciado as decisões dos magistrados na época. Observou-se o aumento do encaminhamento para apreciação administrativa, antes da apreciação do pedido liminar. Porém, em 2010, torna a ser crescente o número de ações.

Diante do incremento da judicialização em saúde e comprometimento do orçamento destinado à saúde, o Estado de São Paulo buscou, pela via administrativa, ampliar o acesso para diagnosticar diretamente as possíveis falhas nos programas de assistência farmacêutica do SUS. A SES/SP desde 2009 já atendia administrativamente, fornecendo para 15 Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), sete medicamentos considerados imprescindíveis para o tratamento oncológico (nível de recomendação A, ou seja, há boa evidência para apoiar a recomendação de uso, conforme catego-

9 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Recomendação CNJ n. 31**, de 30 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>.

rização adotada pelo Ministério da Saúde)¹⁰. A avaliação administrativa das solicitações individuais e de instituições públicas de saúde foi formalizada pela Resolução SS n. 89-11, revogada pela Resolução SS n. 54-12¹¹. O critério de avaliação é balizado pela Conitec e considera-se também, a literatura científica de forte nível de evidência, utilizando critérios da Medicina Baseada em Evidências e ainda protocolos reconhecidos pela comunidade médica especializada.

Nas ações judiciais, o Rito Ordinário foi predominante nos anos avaliados, 58,4% das 10.617 ações judiciais recebidas em 2012 e 60% das 12.699 recebidas em 2013, seguido do Mandato de Segurança, 28,4% em 2012 e 24,3% em 2013. As ações civis públicas representam cerca de 15% dos processos judiciais. Esta diminuição na quantidade de mandados de segurança, embora discreta, mostra-se benéfica para o gestor público da saúde, pois possibilita no rito ordinário a produção de provas, mas não o alivia de pronto, posto a concessão antecipada de tutela, dada a sua natureza satisfativa na entrega do medicamento, insumo ou serviço de saúde das ações condenatórias, próprias da judicialização em saúde.

Observa-se nos mandados de segurança que não é definido claramente nas petições o ato ilegal, assim como a justificativa fundamentada de pedido liminar. Há precária informação do manejo clínico e sua indicação, assim como insuficiente instrução probatória da ineficiência da terapêutica disponível no arsenal terapêutico do SUS. Inversamente, as ações civis públicas que versam políticas públicas de ações e serviços coletivos de saúde são conduzidas com maior zelo, possibilitando a manifestação técnica do gestor e de demais atores relacionados, por consequência observa-se que muitos destes pedidos são indeferidos após apurada análise pelo magistrado.

Na apreciação das demandas em saúde, também não é observado o regramento legal em relação às competências dos entes públicos em relação aos níveis de complexidade de atenção à saúde. Quanto à solidariedade dos entes públicos no polo passivo da demanda judicial, a Fazenda do Estado de São Paulo é responsável exclusiva por aproximadamente 73% das ações, e este índice alcança 93% na capital e região metropolitana. Considerando demandas solidárias entre o Estado e Municípios o índice é de 25%, restando um percentual menor que 1%, a solidariedade com a União.

A distribuição das ações judiciais no Estado é heterogênea. O Estado de São Paulo é dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), com características socioeconômicas e número de habitantes diferentes. Para permitir a comparação da judicialização em saúde entre estas regiões, foi criado o Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS). O índice consiste na razão do número de ações judiciais por habitante expresso por 10.000 habitantes. Na composição do IPJS utilizou-se como referência, o município de residência do autor da ação judicial, agrupando os municípios nos DRS da SES/SP. O propósito da SES-SP foi um olhar diferenciado para uma melhor compreensão do fenômeno da judicialização em saúde.

Tabela 1. Índice paulista de judicialização da saúde no triênio 2011, 2012, 2013

DRS	2011	2012	2013	% Crescimento
Grande São Paulo	3,89	4,1	4,19	7,71
UD 02 - Aracatuba	6,54	10	12,8	95,72
UD 03 - Araraquara	7,46	8,8	11,44	53,35
UD 04 - Baixada Santista	3,82	5,5	6,33	65,71
UD 05 - Barretos	20,88	33,6	45,66	118,68
UD 06 - Bauru	17,61	18,4	22,02	25,04
UD 07 - Campinas	2,86	3	3,28	14,69
UD 08 - Franca	18,06	23,5	28,47	57,64
UD 09 - Marília	4,33	6,1	8,45	95,15
UD 10 - Piracicaba	2,76	3,5	3,99	44,57
UD 11 - Presidente Prudente	12,92	17,1	23,01	78,1
UD 12 - Registro	0,33	0,7	0,84	154,55
UD 13 - Ribeirão Preto	14,08	24,9	34,44	144,6
UD 14 - São João da Boa Vista	6,71	10,1	12,2	81,82
UD 15 - São José do Rio Preto	27,78	33,3	38,28	37,8
UD 16 - Sorocaba	2,9	3,3	4,13	42,41
UD 17 - Taubaté	2,33	2,8	3,46	48,5
Total Geral	6,04	7,4	8,69	43,87

Fonte: S-CODES-SES-SP

* Índice por 10.000 habitantes

10 Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/recomendacao.pdf>>

11 BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS 54 de 2011. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. **D.O.E. – SP, Diário Oficial do Estado de São Paulo**, de 12 maio 2012.

O IPJS evidenciou as diferenças existentes entre as regiões do estado. Nota-se que a distribuição territorial das ações judiciais não é uniforme. Esta não linearidade da distribuição das ações judiciais no Estado induz ao gestor a ideia de que há uma necessidade de saúde diferenciada e regionalizada. Ao analisar os dados, observa-se que as regiões com maior oferta de equipamentos em saúde no estado (hospitais universitários e serviços de excelência), algumas têm maiores IPJS (Barretos, São José do Rio Preto Ribeirão Preto, Franca e Bauru) e outras menores indicadores (Grande São Paulo, Sorocaba, Piracicaba e Campinas), estas com IPJS menores até que a média do estado. Assim, o que evidencia de plano é que não é a oferta de serviços complexos de saúde que diretamente incrementa a judicialização em saúde.

Por outro lado, e surpreendentemente, regiões reconhecidamente carentes e socialmente desfavorecidas, apresentam diminuto índice de judicialização em comparação com a média do Estado, como é o caso da região de Registro, município situado no Vale do Ribeira – região reconhecida pelos maíus baixos índices de desenvolvimento humano no Estado de São Paulo.

Demais fatores permeiam esta discussão e algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar a variabilidade do IPJS nas regiões do Estado, entre eles:

- Diferença no acesso aos serviços públicos de saúde;
- Diferença na experiência de atendimento público de saúde realizado;
- Diferença no perfil da população e no acesso e ao Poder Judiciário;
- A influência da indústria farmacêutica no lançamento de novos produtos para saúde que substituem os antigos numa sociedade que privilegia o consumo e o inédito, sem que necessariamente sejam melhores na relação custo-efetividade;
- A diminuta resistência de alguns médicos, que se submetem à influência da propaganda de laboratórios farmacêuticos de novos produtos, sem considerar o manejo e os parâmetros de eficiência e segurança da “nova tecnologia”, agregado ao desconhecimento do elenco de medicamentos disponíveis no SUS, seus critérios de escolha, assim como legislação sanitária;
- O paradigma de alguns que consideram o elenco de medicamentos do SUS ineficiente, incompleto, obsoleto e que a escolha é baseada somente em critérios de economicidade;
- A existência de organizações e instituições não governamentais que viabilizam a judicialização;
- A “cultura de judicialização” regional, e ainda a “especialização” de advogados por especialidade médica, que representam por patologias, não mais pelos ramos de direito (civil, administrativo, tributário, entre outros);
- Diferença nas decisões do Poder Judiciário, que dependem do conhecimento da Assistência Farmacêutica do SUS, do próprio SUS e da análise crítica da pretensão do autor.

Pode-se concluir que existem vários fatores que contribuem para a distribuição irregular das demandas judiciais em saúde no Estado de São Paulo, que devem ser mais bem estudados e elucidados em cada região. Mas infere-se que o perfil epidemiológico entre os DRS em São Paulo, não corresponde às necessidades de saúde para determinada coletividade, como apontadas nas demandas judiciais que possam representar determinada região, a indicar que não é a quantidade de doentes que direta e isoladamente influenciam esta variação.

Atualmente há aproximadamente 42.000 demandas judiciais em atendimento no Estado de São Paulo. Destas, 68% versam exclusivamente medicamentos, as demais representam dietas, produtos, ou ainda, serviços. Em referência às receitas médicas presentes no processo judicial, 69%, são originárias da rede privada, suscitando a questão que o SUS simplesmente é requisitado, nas questões afetas ao fornecimento do medicamento, seja pelo custo do insumo, ou sua implicação no orçamento doméstico pelo uso continuado. As prescrições do SUS representam 30% e o restante não foi informado na ocasião do cadastro no sistema S-CODES.

Das vias judicial e administrativa merecem especial atenção prescrições originárias do próprio sistema, que talvez possam melhor indicar a necessidade de uma avaliação para incorporação de tecnologia mais urgente. Um exemplo foi o Trastuzumabe, que após pedido pelos hospitais de ensino-Cacon, fornecido administrativamente por anos, agora tem incorporado no elenco farmacêutico do SUS¹², exatamente um ano após a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Segundo legislação que regulamenta a incorporação de tecnologia, a previsão é que se tenha maior celeridade nestas avaliações¹³. As ações judiciais correspondem a 5205 itens diferentes para assistência à saúde, sendo 3.524 tipos e apresentações diferentes de medicamentos. 93% dos medicamentos são extraordinários ao SUS e 7% representam medicamentos dispensados pela Assistência Farmacêutica do SUS, mas de forma excepcional aos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos – o que demonstra uma extrema especificidade e excentricidade dos itens solicitados em juízo, e que confronta com a Relação Nacional de Medicamentos (Rename)¹⁴ – que contempla os medicamentos disponibilizados no SUS por meio do Componente Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar.

Em 2013, a Rename foi composta por cerca 884 medicamentos e destina-se a terapêutica das necessidades médicas da população em 99% das doenças. O que distancia os números de itens entre a oferta judicial e a administrativa, é o emprego do uso racional do medicamento no SUS, processo que compreende a escolha apropriada, o consumo nas doses indicadas, pelo período de tempo indicado de medicamentos eficazes seguros e de qualidade ao menor custo para o paciente e para a comunidade, prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵.

No final de 2013, estavam em atendimento cerca de 32.000 pacientes com solicitações administrativas autorizadas pela SES/SP, que correspondiam a 611 medicamentos diferentes, número consideravelmente menor que os 3.524 diferentes medicamentos para atendimento de aproximadamente 42.000 demandas judiciais. Outra questão importante a ser ressaltada, é que nas solicitações administrativas o gestor tem a possibilidade de determinar os itens a serem fornecidos, racionalizando deste modo, a aquisição e oferta, com a vantagem de prestar a assistência farmacêutica e acompanhar a efetividade do tratamento. A tabela a seguir evidencia esta prática, ao comparar que o mesmo medicamento, tem custos muito diferentes, pelo emprego destas práticas e do uso do uso compartilhado, evitando desperdícios.

12 BRASIL. Portaria n. 73, de 30 de janeiro de 2013. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. **Diário Oficial da União**, n. 22, 31 jan. 2013, Seção 1.

13 BRASIL. Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 nov. 2011, p. 3.

14 BRASIL. Portaria n. 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 3 abr. 2012.

15 Conferência Mundial de Saúde sobre o uso racional de medicamentos. **7 Conferência Global de Saúde**. Organização Mundial da Saúde. Outubro 1985. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/109170>>.

Tabela 2. Comparativo de custos entre fornecimento judicial e administrativo- SES-SP

MEDICAMENTO	ADMINISTRATIVO	JUDICIAL	DIFERENÇA (em vezes)
Bevacizumabe	R\$ 14.410,20	R\$ 42.275,25	2,9
Cetuximabe	R\$ 24.166,87	R\$ 36.999,69	1,5
Trastuzumabe	R\$ 25.307,08	R\$ 85.784,85	3,4
Temozolomida	R\$ 53.048,47	R\$ 37.976,38	0,7
Sorafenibe	R\$ 27.372,87	R\$ 39.223,05	1,4
Sunitinibe	R\$ 32.246,08	R\$ 46.700,67	1,4

Fonte: Sistema SCODES (Período: 01/01/2013 - 31/12/2013)

Nenhum sistema de saúde público sem organização, parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos de conduta, regulamentos técnicos, critérios de incorporação de tecnologia e limites de gastos dará conta de atender a demanda em saúde criada na sociedade, cada dia mais sofisticada, especializada e com diversificadas alternativas terapêuticas. O administrador público da saúde deve fazer a melhor escolha com os recursos disponíveis, visando segurança, eficácia e eficiência no tratamento da coletividade.

Das demandas judiciais analisadas, aproximadamente 30% são medicamentos de determinada marca comercial específica. A compra neste molde contraria a Lei Federal n. 8.666/1993 (Brasil, 1993) que define que as compras públicas devem atender ao princípio da padronização, observando sempre a especificação completa do bem a ser adquirido, sem indicação de marca.

Em razão da especificidade de marcas e apresentações diferentes, os itens destinados a pacientes únicos, representam 50% do estoque destinado ao cumprimento de ordens judiciais, o que demanda intenso uso da estrutura pública para administrar uma quantidade enorme de processos distintos de compra, planejar a continuidade de abastecimento, gerenciar a dispensação e realizar o controle sanitário.

O Tesouro do Estado muitas vezes é obrigado a custear medicamentos de um mesmo princípio ativo, conforme a marca comercial determinada pelo juízo, agravando o fato que muitos destes medicamentos, são ofertados rotineiramente pelo SUS obedecendo às regras de custeio entre os entes, à exemplo do ácido acetil-salicílico, que pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de competência Municipal, e que por força judicial, é adquirido em 24 marcas comerciais e formas de apresentação diferentes.

Maior é a diferença econômica entre os medicamentos importados sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com marca comercial agregada, onde a variação de custeio é de 39 vezes entre marcas comerciais distintas, com o mesmo princípio ativo e apresentação. São importados 111 medicamentos diferentes, que não são comercializados no mercado nacional, por não possuírem registro na Anvisa, por não possuírem preço regulamentado no país (ambos pré-requisitos para comercialização dos medicamentos no Brasil) ou pelo detentor do registro não comercializar o medicamento no mercado nacional. A comercialização de medicamentos sem o devido registro na Anvisa é uma prática ilegal conforme já previsto na Lei 6360/76¹⁶, e reiterada esta proibição com a publicação da Lei n. 12.401/2011¹⁷.

Para o cumprimento integral das demandas judiciais muitas vezes o gestor é obrigado a fazer aquisições sem respaldo técnico e legal, por adquirir produtos sem os devidos registros sanitários retirando o poder de polícia próprio das autoridades sanitárias, limitando assim, a vigilância em produtos desconhecidos e que possam ser potencialmente lesivos a saúde.

Não basta a aprovação do medicamento pela Anvisa para a sua imediata incorporação no SUS. Para ser incorporado no âmbito do SUS, o medicamento deverá ser submetido à Conitec,

16 BRASIL. Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 set. 1976. p. 12647.

17 BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 29 abr. 2011, p. 1.

que avaliará além da sua segurança, eficácia e qualidade, outros requisitos mínimos, quais sejam, a efetividade e o custo-efetividade, o que é verificado em ambiente real, isto é, após o uso pela população em geral.

Pela via judicial o medicamento mais peticionado é a insulina análoga, apesar da Conitec, em sua 21ª reunião ordinária, não recomendar a incorporação no SUS das insulinas análogas de longa ação (glargina e detemir) e das insulinas análogas de ação rápida (lispro, aspart e glulisina) para o tratamento do diabetes mellitus tipo 1. Considerou-se que as evidências científicas disponíveis não comprovaram a superioridade do tratamento com estes agentes em relação ao tratamento com insulina NPH e insulina regular (ambas distribuídas no SUS), nos principais parâmetros de controle da doença. Além do alto custo destas insulinas análogas, as diferenças observadas mostraram-se incertas quanto à sua relevância clínica e a falta de estudos mais robustos corroboram para a recomendação supracitada¹⁸. Nos pedidos judiciais de insulinas análogas, não há comprovação ou mesmo evidências clínicas que justifiquem seu pedido em detrimento das ofertadas pelo SUS. A maior parte dos pacientes visa o conforto terapêutico em seu uso. Inclusive há manifestação expressa de laboratório produtor de insulina análoga, que não foi observada superioridade terapêutica, em documento elaborado para Conitec, em ocasião de consulta pública¹⁹.

Em relação a classificação terapêutica dos medicamentos nas 21.573 solicitações administrativas analisadas nos anos 2012 e 2013, observou-se que aproximadamente 71% eram antineoplásicos, 19% hipoglicemiantes (insulinas), contrariamente da distribuição por solicitação judicial, nas quais as insulinas encabeçam a lista, representando 25% das prescrições médicas das ações judiciais. Ressalta que os medicamentos oncológicos foram parcamente judicializados em razão da oferta administrativa, e também em razão da obrigatoriedade da saúde suplementar fornecer medicamentos intravenosos e mais recentemente, medicamentos oncológicos orais²⁰.

Outro aspecto importante a considerar é o resultado do alcance das determinações judiciais e a visão equivocada quanto à prestação de produtos não relacionados diretamente com a assistência à saúde que o SUS propõe, contrariamente à legislação específica, que define quais são as despesas com ações e serviços de saúde.

O estado de São Paulo é judicialmente compelido a adquirir itens excêntricos ao SUS, como: sabonete, shampoo e condicionador capilar, hidratante, antisséptico oral (alguns destes, inclusive importados), absorventes íntimos, fraldas (mais de 56 marcas, tipos e tamanhos diferentes), preservativos, itens para nutrição – como sucos e bebidas à base de soja (com toda especificidade de marca, dos mais variados sabores e subtipos) -, água de coco, água mineral, leite de vaca e de cabra *in natura*, adoçantes, achocolatados, óleo de soja, azeite de oliva, amido de milho e outras farinhas e mucilagens, e materiais, como poltronas de massagem, colchão, travesseiro (comuns), filtro de barro, lupas, perucas, feira semanal para aquisição de alimentos *in natura*, transporte para fins educação especializada, entre outros.

É excluído do rol da atuação do SUS todas as atividades que interferem e condicionam a saúde humana, como moradia, emprego, renda, educação, alimentação, competência de outros setores públicos, mas se tratando de processo judicial em saúde, muitos de seus aspectos ainda são exigidos do Estado e direcionados para Pasta da saúde.

18 Relatório de recomendação da Comissão Nacional de Tecnologia no SUS. CONITEC 114. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/28/Relatorio-Insulinas-analogas-diabetes-tipo-1-CP-114.pdf>>.

19 Consulta Pública Consulta Pública n. 04/2014. Tecnologias: insulinas análogas de longa ação. Contribuição Eli Lilly do Brasil: Considerando os estudos comparativos com diferentes tipos de insulina: insulinas análogas versus insulinas humanas. Gostaríamos de ressaltar que ambas possuem características semelhantes no que diz respeito ao seu poder redutor da glicemia de jejum, desta forma 1 U de insulina análogas ou humanas tem o mesmo poder em reduzir a taxa de glicose sanguínea. p.3

20 BRASIL. Lei n. 12.880, de 12 de novembro de 2013. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Edição Extra, 13 nov. 2013, p. 1.

Merece destaque, a enorme atuação dos servidores públicos que se vêm obrigados a diligenciar o fiel cumprimento da ordem judicial em exíguos prazos, providenciando compras, contratos, serviços, não antes planejados pelo gestor de saúde, manejando orçamento e ordens não antes previstos. No Estado de São Paulo, cerca de 7% dos recursos humanos de cada Coordenadoria Regional de Saúde estão diretos e exclusivamente envolvidos no trato da ‘judicialização’, ampliando este percentil em mais 8%, considerando aqueles que estão indiretamente envolvidos no cumprimento da demanda (por exemplo, consultores técnicos, pregoeiros, equipe que opera orçamento e finanças), desviando assim, uma importante parcela de colaboradores que originariamente estariam a cumprir políticas públicas de saúde. Observa-se um grande contingente de servidores destinados a realizar compras de medicamentos para cumprimento de ordens judiciais.

Em 2013 o índice médio de insucesso na aquisição de produtos judicializados alcançou 26% das compras realizadas, em razão da especificidade do item e/ou seu baixo consumo. Em decorrência, não se efetivaram os processos legais de aquisição que regem a administração pública – por falta de interesse comercial, agravado pela obrigatoriedade legal da aplicação pelo vendedor de um desconto mínimo no preço de fábrica, para a aquisição de medicamentos por força de ação judicial (e outras categorias de medicamentos adquiridos pela Administração), o desconto CAP (Coeficiente de Adequação de Preços) –, comprometendo diretamente o abastecimento em estoque, resultando descumprimento da ordem judicial, entendido muitas vezes como inércia do réu.

Não basta a parte autora alegar a disponibilidade do objeto deferido judicialmente na “farmácia ao lado ou ainda na internet”. Devem ser observados os dispositivos legais para as compras públicas. Em consequência, observa-se aplicação de penalidades pelo seu descumprimento que variam desde aplicação de multa (por vezes atingindo valores financeiros vultosos e desproporcionais), instauração de inquérito policial para apuração de improbidade administrativa, responsabilização administrativa, civil e criminal, bloqueio e sequestro de verbas públicas. Não se evidencia relação proporcional da aplicação da penalidade pelo descumprimento com o valor do produto ou ainda com a imprescindibilidade do produto para a saúde. Da impossibilidade ou demora no cumprimento judicial, além das penalidades, corrobora o entendimento de alguns, que o SUS é letárgico e ineficiente.

A Tabela 3 mostra o valor em reais dos produtos consumidos para atender as demandas judiciais. Este valor representa o montante financeiro gasto pela SES para o atendimento realizado ao autor. Porém não estão incluídos neste valor, os procedimentos realizados por estabelecimentos do SUS como cirurgias, exames ou outros procedimentos médico-hospitalares, assim como o custeio de serviços privados para tratamento de saúde, contratados para efetivar o cumprimento da ordem judicial nos termos da decisão do magistrado, muitas vezes em razão dos prazos ou da própria especificidade da demanda. Nota-se que este valor aumentou consideravelmente.

Tabela 3. Custos por categoria - ações judiciais. SES-SP

Categorias	Ano			
	2010	2011	2012	2013
Material médico-hospitalar	R\$ 12.037.442,79	R\$ 21.978.746,25	R\$ 27.050.307,54	R\$ 36.996.631,23
	R\$	R\$	R\$	R\$
Medicamento	164.568.907,17	226.052.678,05	280.766.712,41	315.276.587,56
Nutrição	R\$ 36.151.418,83	R\$ 34.051.758,75	R\$ 31.550.497,09	R\$ 47.006.807,53
Outros itens	R\$ 15.667,22	R\$ 162.750,13	R\$ 346.462,22	R\$ 435.259,25
	R\$	R\$	R\$	R\$
Total	212.773.436,01	282.245.933,18	339.713.979,26	399.715.285,57

Fonte: S-CODES-SES-SP

No ano de 2013 o gasto total com a Assistência Farmacêutica no estado de São Paulo totalizou aproximadamente um bilhão de reais, dos Tesouros Estadual e Federal, não contabilizados os custos dos Tesouros Municipais e dos medicamentos que são entregues fisicamente pelo Ministério da Saúde diretamente ao Estado. Neste mesmo período foram atendidos pela Assistência Farmacêutica

tica no Programa de Medicamentos Especializado pelo Estado de São Paulo cerca de 7,2 milhões de pacientes, perfazendo um custo anual de R\$138,00 por paciente.

No mesmo ano foram gastos cerca de 400 milhões para o estado atender 38.578 demandas judiciais com fornecimento de medicamentos, produtos médico-hospitalares e nutrição, não computados contratos de serviços. Esta quantia representa quase o dobro do gasto com a judicialização em saúde em 2010 e compromete cerca de 40% do gasto total com a Assistência Farmacêutica no estado de São Paulo. O custo anual por paciente é de R\$10.368,00, 75 vezes maior que o paciente tratado pelo SUS.

Os valores gastos revelam como as demandas individuais de saúde comprometem o orçamento da saúde pública, restringindo os recursos destinados ao cumprimento das políticas públicas de saúde, lembrando que sua destinação prevê atendimento universal e integral e que a judicialização atualmente assegura o atendimento de inexpressiva parcela da população, mas com grande impacto econômico no orçamento da saúde.

Não há de se falar em prestação de insumos e serviços de saúde desvinculados de sua natureza econômica, daí se refere à ponderação pelos magistrados, do princípio da reserva do possível e do princípio da razoabilidade, critérios estes também utilizados pelos legisladores e administradores da saúde, diante da relevância social e econômica e da disponibilidade (finita) de recursos financeiros destinados para saúde.

A apreciação administrativa por sua vez, possibilita uma melhor análise da solicitação, permite a remessa de informações complementares, inclusive em alguns casos, a avaliação presencial do paciente por um profissional do SUS, que conhece o sistema e especialmente os PCDT e listas de medicamentos, com vista à sua inserção no SUS, para o tratamento integral e universal, que é a sua essência.

Neste sentido, Santos conclui:

A assistência terapêutica integral, incluída a farmacêutica, pressupõe que o paciente do SUS obteve um diagnóstico e passará, a partir daí, a ter direito a todas as ações e serviços de saúde exigidos para o seu caso, em todos os níveis de complexidade. Nesse momento, o SUS fica obrigado a ser resolutivo, ou seja, ter capacidade de atender o paciente de todas as formas, a fim de cumprir com a sua obrigação de garantir-lhe a assistência integral, ainda que para isso, tenha que lançar mão de recursos privados, complementares e pagar por eles²¹.

Alguns destes medicamentos avaliados administrativamente foram incorporados pelo SUS a exemplo do medicamento oncológico Trastuzumabe²², como anteriormente citado, que foi o mais prescrito para tratamento do câncer de mama HER-positivo no ano de 2012, representando 25% das solicitações administrativas de oncológicos. Nota-se em decorrência desta incorporação, o intenso impacto financeiro observado na tabela 4.

21 SANTOS, Lenir. **SUS**: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoaudienciapublicasaude/anexo/integralidade.pdf>>.

22 BRASIL. Portaria n. 73, de 30 de janeiro de 2013. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. **Diário Oficial da União**, n. 22, 31 jan. 2013, Seção 1.

Tabela 4. Evolução anual da quantidade de demandas judiciais e administrativas, e valores do consumo realizado

ANO	Administrativo		Judicial		Total Geral	
	DEMANDAS	R\$	DEMANDAS	R\$	DEMANDAS	R\$
2010	7.262	23.772.785,81	24.973	212.773.436,02	32.235	236.546.221,83
2011	11.373	186.130.480,95	28.684	282.245.933,20	40.057	468.376.414,15
2012	16.535	249.328.196,04	33.571	339.713.979,28	50.106	589.042.175,32
2013	29.805	158.615.566,52	38.579	399.715.285,58	68.384	558.330.852,10

Fonte de dados: S-CODES

Decorrente da avaliação administrativa houve uma maior expressividade na incorporação de tecnologia decorrente dos pedidos de instituições públicas de saúde, com a participação de comitês da SES-SP técnico-temáticos divididos por doenças, o que é válido, posto que possam refletir necessidades maiores ao arsenal terapêutico disponível no SUS. Neste sentido, em 2013 a SES SP encaminhou para Conitec, 4 estudos completos para avaliação de inclusão de tecnologia em 2013 e mais 10 estudos estão em elaboração.

Paradoxal e surpreendentemente observa-se que o produto judicializado, adquirido e disponibilizado para atendimento das determinações judiciais, muitas vezes é perdido em razão da não retirada pelo autor. Em 2013, uma média de retirada regular de somente 65% dos medicamentos disponíveis em estoque. Causa estranheza o produto judicializado, ser posteriormente descartado. Raramente a SES/SP é comunicada na ocasião da suspensão do tratamento ou óbito. Desta feita, foi necessário instituir uma rotina de monitoramento continuado das demandas, cancelamento das compras e disponibilização do estoque, com a devida comunicação no processo judicial, evitando uma perda de aproximadamente 2.5 milhões de reais no ano de 2013. Esta situação se agrava na perda administrativa que alcançou 4,6 milhões no mesmo ano, dados somente da capital. Estranhamente o índice médio de retirada dos produtos solicitados administrativamente é menor que o judicial, de 55% , que demonstra o desrespeito e descuido com a coisa pública.

Apesar da solicitação administrativa no estado de São Paulo, nota-se a crescente e continuada evolução das demandas judiciais em saúde, com diferentes contornos. Em levantamento realizado pela CODES-SES-SP em 2013, verificou que mais de um terço das solicitações administrativas negadas, foram judicializadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados expostos permitem a apreciação da atual dimensão resultante da judicialização em saúde e seu impacto na administração pública da saúde no estado de São Paulo. É evidente a influência da atividade judicial no SUS, quer por representar um volume financeiro enorme e, portanto, concorrer com recursos financeiros já escassos, quer por desestruturar a gestão do SUS na sua busca de universalidade, integralidade e equidade, considerado o interesse coletivo nas suas ações de promoção a saúde.

Diante do comprometimento do orçamento e de servidores, a ação do Poder Judiciário revela ainda uma via de assistência à saúde anômala ao SUS, desde a origem da prescrição, a natureza do objeto, a desvinculação ao Sistema e o atendimento à poucos, em detrimento do planejamento orçamentário das demais ações e serviços de saúde destinados para a coletividade.

Ademais, não se observa que a judicialização da saúde possa espelhar possíveis falhas da assistência farmacêutica do SUS, diante da diversidade e excentricidade de produtos que apresenta, prescritos por médicos alheios ao sistema público de saúde, prejudicando esta análise, a pouca informação da história clínica do autor-paciente presente nos autos do processo.

Observa-se, ainda, uma baixa expressividade na incorporação de tecnologia decorrente da judicialização.

A solicitação individualizada de medicamentos pela via administrativa nos moldes aqui apresentados, além de não interferir no número crescente de ações judiciais, não corresponde ao princípio da integralidade de assistência que o SUS propõe, visto que a maior parte das prescrições médicas é marginal ao sistema, evidenciando a desvinculação ao SUS, e a análise de seu conjunto não pode ser considerada parâmetro para avaliação das possíveis falhas das políticas de assistência farmacêutica no SUS.

Merece melhor acolhida, a avaliação das demandas administrativas das instituições públicas de saúde, que possam refletir diretamente as faltas do SUS, na busca da integralidade à assistência da saúde, com possíveis reflexos na incorporação de tecnologia. Nesse sentido, também deve ser considerado o fornecimento administrativo de medicamentos excepcionais à Assistência Farmacêutica do SUS aos seus assistidos, nos casos em que demonstrado o esgotamento de todas as vias disponibilizadas de terapias.

Nessa esfera, pertinente e adequada é a interferência do Poder Judiciário. Obrigar os gestores a cuidar integralmente da saúde de seus usuários. Deve-se interpretar a CF em sua complexidade, não utilizá-la em seus fragmentos para proteção de cada direito. O que se protege é a saúde. Os interesses são convergentes, as óticas são distintas. Eventualmente, a atual judicialização em saúde pode provocar a produção de respostas pelos agentes públicos do setor saúde, no intuito de suprir eventuais falhas e disfunções da regulação do sistema de saúde, para evitar novas demandas judiciais. Por outro lado, podem revelar fraudes contra o SUS, interesses financeiros alheios a real necessidade do paciente com o indevido uso dos recursos públicos, expondo a saúde e a vida de pessoas ao risco²³.

Deve reforçar que o Sistema Único de Saúde tem dimensão nacional, e a oferta regular de medicamentos pela via administrativa, fere o princípio da equidade, e extrapola a Lei n. 12.401/2011 e Decreto n. 7.508/2011, que exatamente regulam e definem os contornos da integralidade na Assistência Farmacêutica do SUS. É a obediência aos seus Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e à Relação Nacional de Medicamentos. Parece fácil. Complexo é alcançar a dimensão que a lei propõe. Um ciclo de incorporação de tecnologia contínuo, seguro, com participação de especialistas e coletividade, isento de conflitos e interesses particulares que deve sustentar a Assistência Farmacêutica do SUS e não a simples oferta de todo e qualquer medicamento.

A instituição da apreciação de medicamentos pela via administrativa incrementa ainda a diferença no acesso e no tratamento no SUS, pois somente os Estados e Municípios com maior reserva econômica podem se utilizar desta via.

Ao gestor de saúde pública cabe a análise e adequações das ações de saúde para sua melhoria. Basta observar o Decreto n. 7508/2011, art. 28, parágrafo primeiro: “Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública justifiquem”.

Em sua análise, o magistrado deve ultrapassar a apreciação isolada do caso individual, considerando também os seus efeitos na coletividade, importantes para uma adequada justiça.

Nesse cenário atual, convergem magistrados, gestores da saúde pública e demais operadores do direito sanitário. Para que se obtenham avanços neste setor é preciso uma prática conjunta para o melhor entendimento dos magistrados sobre o SUS e os seus critérios de escolhas para a assistência a saúde, para que se fortaleça a política nacional de padronização de medicamentos, a fim de alcançar patamares mais elevados de qualidade e efetividade, com maior celeridade na avaliação de tecnologia e sua incorporação, contribuindo decisivamente na melhoria nas condições de saúde da população brasileira.

Pelo exposto, ainda há muitas dificuldades a serem superadas, mas há um grande dinamismo no debate sobre direito à saúde e judicialização promovido por inúmeros eventos, a sugestão de Varas Especializadas em saúde, a formação de equipes de Procuradores e Promotores de Justiça destacados para o tema saúde, a criação de câmaras técnicas de apoio e informação aos

23 STF. **Audiência Pública sobre Saúde**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr_Alexandre_Sampaio_Zakir.pdf>. Presos fraudadores que deram golpe R\$ 63 mi na Saúde em SP. **Jornal O Estado de São Paulo**, 1 set. 2008. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,presos-fraudadores-que-deram-golpe-r-63-mi-na-saude-em-sp,234443>>.

magistrados e as instâncias pré-processuais, com a possibilidade de avaliação administrativa do pedido de insumo ou serviço de saúde crescem em diversos pólos de judicialização mais intensa, assim como a formulação de Recomendações do Conselho Nacional de Justiça no sentido de observância das políticas públicas em saúde e de maior rigor na apreciação dos pedidos em saúde, são ações que visam uma equação ideal entre o direito à saúde e o dever do Estado.

Espera-se o reconhecimento e fortalecimento da Conitec como preditora das políticas **públicas em assistência farmacêutica** e que a judicialização permaneça para aqueles que não alcançam a integralidade de assistência à saúde, bem como para preservar os princípios e as diretrizes do SUS.