

# **Governança da Judicialização da Saúde no Brasil: o papel de juízes e gestores no direito social de acesso à assistência farmacêutica.**

**Autores:** Krishina Day Ribeiro<sup>1</sup> & Josep Pont Vidal<sup>2</sup>

## **Resumo**

A governança da judicialização da saúde no Brasil é uma questão que engloba vários aspectos. Nesta comunicação examina-se em caráter preliminar o papel dos juízes e gestores no direito social de acesso a assistência farmacêutica. Inicialmente, apresenta-se o panorama da questão no ambiente sistêmico da judicialização da saúde. Aborda-se na descrição do fenômeno da Judicialização da Saúde nos Tribunais Brasileiros alguns constructos teóricos da teoria de sistemas. Destaca-se que o estado da arte da questão afunila-se para três grandes causas. Primeiro, as decisões do Poder Judiciário que desconsideram os recursos públicos para o acesso ao direito fundamental à saúde. Segundo, a identificação de que há uma falta de transparência e, em consequência, um desconhecimento sobre os critérios que envolvem o *modus operandi* da Política de Assistência Farmacêutica. Terceiro, os operadores do sistema jurídico e político necessitam ampliar os consensos de procedimento como alternativa de governança da judicialização da saúde. Dentro desse contexto, apresenta-se também as experiências de mediação, realizadas nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e no Distrito Federal. Conclui-se a comunicação com a compreensão de que o problema de governança da Judicialização da Saúde no Brasil é complexo, mas as experiências do consenso de procedimentos auxiliam a governança da judicialização, onde destaca-se o papel desempenhado por juízes e gestores do direito social de acesso à assistência farmacêutica.

**Palavras-chave:** Governança, Judicialização da Saúde no Brasil, direito social de acesso à assistência farmacêutica.

---

<sup>1</sup> Graduada em Direito - Universidade Federal do Pará (UFPA) - Brasil (1996), Mestre em Planejamento do Desenvolvimento - Universidade Federal do Pará (UFPA) - Brasil (2003), Professora do Instituto de Ciências Jurídicas da UFPA (desde 2011), Doutoranda em Desenvolvimento Socioambiental - NAEA/UFPA,.

<sup>2</sup> Graduado em Sociologia - Universitat Bielefeld - Alemanha (1986), Mestrado em Sociologia Política - Universitat Bielefeld (1987), Doutorado em Sociologia Política na Universidad de Barcelona (1997). Professor adjunto e pesquisador do Núcleo de Altos Amazônicos (UFPA).

## **I - Introdução**

O entendimento atual do direito social de acesso universal a bens e serviços em saúde exige uma prestação material que considere que os recursos são finitos e as necessidades infinitas. Dessa forma, representantes do sistema político operam com uma racionalidade sistêmica que envolve segurança, qualidade, eficácia e efetividade e custo dos produtos e serviços que ingressam em listas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas interseções dos sistemas jurídico e político encontra-se o *Sistema Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica*, que apresenta-se com uma multiplicidade de representantes do direito e da política, recebendo as influências externas do sistema econômico. A tese jurídica dos custos em saúde é compreendida como uma escassez artificial. Todavia é motivo justificador para a real ponderação em demandas judiciais; identificando, os Magistrados, a possibilidade do gestor público em atender determinado pedido judicial, após o cumprimento de sua obrigação essencial.

Nesse cenário, crescem as ações judiciais que demandam o acesso a bens e serviços em saúde, notadamente a medicamentos, as quais impulsionam a que Juízes e Gestores da saúde pública passem a decidir conjuntamente e a criar alternativas de governança da Judicialização da saúde, como forma de reconhecimento de problemas e organização de soluções.

A problemática desta comunicação científica visa responder em que medida ocorrem consensos de procedimentos entre os sistemas jurídico e político, capazes de promover a governança do direito de acesso à Assistência Farmacêutica? Nesse sentido, a hipótese de investigação consiste em que os consensos de procedimento na Judicialização da Saúde é um fenômeno complexo que ocorre a partir da interação, *in casu*, dos sistemas: jurídico, político-administrativo, e econômico marcado pela comunicação entre estes e delimitada por seus códigos.

O objetivo reside em demonstrar que o consenso de procedimento entre os sistemas jurídico e político promove a governança da judicialização da saúde no Brasil. A metodologia da comunicação consistiu na realização de aulas da Disciplina Teorias da Governança: Política, Administração e Território, ministradas no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU) do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará (NAEA/UFPA) em que foram desenvolvidas as resenhas críticas com o objetivo de adquirir conhecimentos teóricos-conceituais para compreensão do fenômeno no Brasil.

## **II - O fenômeno da Judicialização da Saúde nos Tribunais Brasileiros**

A Judicialização da Saúde é um fenômeno complexo que pode ser construído e percebido como subsistemas em interação, *in casu*, jurídico, político, social e econômico. Esta comunicação

científica pretende compreender em que medida ocorrem consensos de procedimentos entre os sistemas jurídico e político, capazes de promover a governança do direito de acesso à Assistência Farmacêutica.

Perceber a sociedade em interações não é mais pensá-la como um aglomerado de pessoas, delimitadas pela soberania de um território. Pela perspectiva sistêmica, a complexidade da sociedade vê o mundo social, e também cultural, em relação ao mundo natural. E nesse sentido há um impacto da mudança de paradigma da lógica, cibernética, química, biologia na sociedade (Bertalanffy, 2010). Por consequência as relações entre cidadãos e o governo também não mais se apresenta como um sociedade hierarquizada. Senão encaminha uma necessidade diante de problemas complexos da *cross-modern* apresentarem-se a solução dos mesmos com novos enfoques e instrumentos (Kooiman, 2005).

Para Luhmann (2016) sistemas são percebidos por um conjunto de características que justificam seu emprego. Dessa maneira, compreender um sistema consiste na abstração de um conjunto de coisas. A operação de abstração permite que a investigação estabeleça o sistema como uma unidade, e permite também que se faça comparações entre subsistemas. Diferentemente da auto-abstração. Esta operação permite que um estado de coisas seja comparável umas com as outras, possibilitando o reemprego das estruturas no próprio objeto.



No ambiente sistêmico da Judicialização, a figura em tela (adaptada de Vidal, 2017) demonstra que a abstração conceitual permite compreender a Judicialização da Saúde como um subsistema social, fruto das intersecções entre o Sistema econômico, o sistema político, o sistema social e o sistema jurídico. Ao observarmos o exemplo da figura Sistema Judicialização da Saúde compreendemos o raciocínio Luhmanniano de afirmar que “*sistemas tem de manter-se em um só nível*” (2016, p.19). Fato em que se permite observar a unidade e a totalidade do sistema, assim

como pode-ser perceber também que a construção do sistema *judicialização da saúde* surge das interações entre as interseções dos sistemas econômico, político, social e jurídico.

Segundo estimativas do Relatório da Judicialização da Saúde no Brasil (CNJ, 2015) em pesquisa realizada em Tribunais das 5 Regiões da Federação, durante os anos de 2012-2013, mais de 70% dos recursos judiciais foram interpostos pelos Estados. O que significa dizer que a demanda em juízo inicial foi julgada procedente aos requerentes por acesso a bens e serviços de saúde. Desse universo amostral, o objeto das ações (76,60%) refere-se a fornecimento de medicamentos. Os demais pedidos foram referentes a fornecimento de insumos (9,50%), procedimentos cirúrgicos (5,55%), realização de exames (3,78%), realização de tratamentos (6,35%), dentre outros pedidos. Neste sentido, a literatura tem compreendido o fenômeno da Judicialização da Saúde, a partir de uma especificidade, a *Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica* (GOMES; AMADOR, 2015).

No Estado do Rio Grande do Sul a Judicialização tem se tornado um caminho alternativo para os cuidados de saúde com o acesso a medicamentos de todos os tipos. Em pesquisa realizada nesse Estado, 72% dos processos judiciais do ano de 2009 tinham por objeto o acesso a medicamentos e 65% dos medicamentos solicitados constavam das Listas do SUS (BIEHL; AMOM *et all*, 2014). Em outro estudo, as decisões judiciais do Estado de Pernambuco, no primeiro semestre do mesmo ano, 90,95% dos recursos financeiros da Secretaria de Saúde, destinaram-se a atender 7 laboratórios farmacêuticos, em que as demandas referiam-se a medicamentos de alto custo (STAMFORD e CAVALCANTI, 2012). Em outro estudo mais detalhado, dos pedidos judiciais ajuizados em 142 Comarcas também do Estado de Pernambuco, 74 demandas judiciais (52,1%) referiam-se a medicamentos, dos quais observou-se um conjunto de características médico-sanitárias e político-administrativas, que informavam particularmente o objeto da demanda judicial. Assim, as características médico-sanitárias esclareciam que 26,4% tratavam de pedidos de medicamentos de alto custo, com registro na Anvisa (99,5%), mas que não constavam da Lista de Medicamentos do SUS, todavia com possibilidades de substituição terapêutica (93,8%) (PEREIRA E PEPE, 2014).

Ao se verificar quais os argumentos que embasam a concessão dos medicamentos em processos judiciais no Brasil, o direito à saúde (87,57%), seguido do direito à vida (53,50%) e da dignidade da pessoa humana (24,48%) são os argumentos mais recorrentes para fundamentar as sentenças. Com destaque para o Estado do Acre, o qual o argumento do direito à vida (66,67%) foi o mais utilizado, em relação ao Estado do Paraná, que em 88,46% das sentenças utilizou como fundamentação, o argumento do direito à saúde. É interessante perceber no Relatório de pesquisa do CNJ (2015) que os argumentos da Cláusula de Reserva do Possível e a “Não observância da dotação orçamentária”, argumentos referentes aos custos na saúde pública, são pouco utilizados no

cenário da Judicialização, em apenas em 13,99% dos processos. Nos Estados de São Paulo (11,11%) e Paraná (11,84%) aparecem quase sem expressão e no Estado do Acre referidos argumentos não aparecem na fundamentação das sentenças.

## **2.1 - Estado da Arte:**

Nos Tribunais do País três causas concorrem para aumentar as demandas judiciais em direito de acesso a medicamentos: 1ª As decisões do Poder Judiciário vem desconsiderando os recursos públicos para o acesso ao direito fundamental a saúde; 2ª Há uma falta de transparência e, em consequência, um desconhecimento sobre os critérios que envolvem o *modus operandi* da Política de Assistência Farmacêutica; 3ª Operadores do sistema jurídico e político necessitam ampliar os consensos de procedimento como alternativa de governança da judicialização da saúde. Passemos a examiná-las.

### **2.1.1- 1ª Causa da Judicialização da Saúde em Tribunais Brasileiros: A relevância da tese jurídica dos custos *versus* os argumentos morais.**

O sistema econômico interfere na Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica uma vez que as ações e serviços em saúde demandam gastos, se estes são desconsiderados, a quando das aplicações das sentenças, as demandas judiciais por bens e serviços de saúde, tendem a crescer nos Tribunais Brasileiros.

No cenário dos custos com a Judicialização da Saúde, observa-se que o Estado do Pará em 2010, somou o valor de R\$922.940,11 com apenas 06 pacientes. Nos dois primeiros meses de 2012, observou-se que a patologia que mais demandou gastos foi a Diabetes Mellitus, com 157 pedidos judiciais que resultaram uma despesa de R\$296.006,57 ao serviço de saúde do Estado do Pará, Assim, o custo de cada paciente atendido pela Secretaria de Saúde do Estado (SESPA-PA), é de de R\$16,14 ao mês. Mas o paciente atendido por meio de demanda judicial, tem o custo mensal de R\$807,60. Se comparado este valor com o orçamento destinado à saúde no Estado - R\$120.054.876,80/mês (Bastos *et all*, 2013).

A atuação do administrador público está limitada pela “*cláusula de reserva do financeiramente possível*” que é um dos principais argumentos em defesa do ente-público que faz a gestão do SUS, mas referido argumento de racionalidade é rejeitado em 97,20% pelos representantes do sistema jurídico. Para os representantes do sistema político, há que se realizar uma prioridade de escolhas que beneficiam a maior parte da população, e que se sobrepõem às ações individuais. Diferentemente, para os representantes do sistema jurídico, *um doente com rosto, identidade, presença física e história pessoal solicitando uma prestação de saúde é percebido de forma inteiramente diversa da abstração etérea do orçamento* (Barcellos, 2002: p.272-277).

Ao se abordar a complexidade da sociedade moderna, Luhmann enfatiza a diferenciação funcional em que todo sistema observa a sociedade a partir de sua própria função. Assim quanto

maior o grau da complexidade da sociedade, maior será a diferenciação (Luhman *apud* Urteaga, 2009). Tem-se que as sociedades modernas estruturam-se em funções por ausência de hierarquia e controle do centro. Em termos sistêmicos podemos chamar tais características de sociedades multicêntricas e policontexturais.

Para compreender tais características sociais atuais, é preciso reconhecer que a diferenciação sistêmica Luhmanniana apresenta semelhança com a autonomização das esferas sociais, como teorizada por Weber. Uma vez que tal concepção weberiana de racionalização da sociedade consiste em diferentes processos de luta pela autonomia, o que irá demandar um amplo processo de diferenciação funcional. Tem-se então, a partir do século XVIII, a ruptura com a moralidade das sociedades tradicionais, e a estruturação de um racionalismo-com-respeito-a-fins das sociedades modernas, em detrimento de valores afetivos. A ausência da moralidade em sociedades supercomplexas consiste na compreensão das mesmas, pela percepção da problemática da racionalidade em se saber, como é possível, através da redução da complexidade, gerar mais complexidade. (Neves, 2011; Neves, 2012; Urteaga, 2009).

Nesse sentido, sociedades multicêntricas, que pela estruturação da racionalidade retira os argumentos morais da problemática institucional, se tornam assim porque a diferença-diretriz que conduz a observação destas sociedades consiste na diferença entre sistema e ambiente, desenvolvida a partir de diversos âmbitos de comunicação; por conseguinte, ocorre a policontexturalidade, em que há uma pluralidade de autodescrições da sociedade, e não apenas um vórtice privilegiado de observações.

O sistema Judicialização da saúde, como se pode visualizar a figura 01, é percebido no nível dos subsistemas econômico, político, jurídico e social. E o subsistema Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica resulta das interações entre tais subsistemas e a estrutura do sistema em totalidade. Logo, o Sistema Jurídico deve funcionar em interdependência com os demais sistemas.

De fato, se os operadores do direito realizam a autorreferencialidade do sistema jurídico, necessário se torna o fechamento operacional. Mas a autopoiesis do direito, consiste tanto do fechamento operacional, como a abertura cognitiva do sistema. Assim, no pensamento Luhmanniano a autorreferência de um sistema só pode ser realizada se um sistema por si mesmo puder ser identificado perante outros sistemas. Somente a partir da diferença, entre identidade e diferença é que os sistemas se reproduzem como autorreferenciais.

As justificativas mais utilizadas pelos Magistrados ao analisarem as demandas por bens de saúde recaem no entendimento de que conceder medicamentos é reconhecer e aplicar o direito à saúde (83,57%) de forma integral. Nos parece inviável conceber um sistema de saúde que seja capaz de oferecer e custear para todos os indivíduos, todas as prestações de saúde disponíveis. Seguido, de outras justificativas que denotam a crença dos operadores do direito em valores

morais: direito à vida (53,50%), princípio da dignidade da pessoa humana (24,48%) (DADOS DA JUDICIALIZAÇÃO, CNJ, 2015).

Um debate chave na Alemanha, segundo Kooiman (2005: p, 64), é o de se saber até que ponto o caráter autopoietico ou auto-organizado dos sistemas os impede de ser governados ou influenciados desde fora. Este é um problema que se repete no sistema jurídico do Brasil, onde o ocorre o fechamento operacional nas questões da Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica, em que operadores do direito, ao conceder medidas liminares em pedidos individuais, interpretam o artigo 196 da CF/88 apenas no tocante à expressão “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Interpretação esta decorrente de uma forma positivista de pensar o fenômeno jurídico, e portanto, fechada à policontextualidade que caracteriza o fenômeno da Judicialização e que faz com que as sentenças sejam um reflexo do silogismo judicial - aplicação do fato à norma e não fruto de um trabalho sofisticado de ponderação reflexiva.

### **2.1.2 - 2ª Causa da Judicialização da Saúde em Tribunais Brasileiros: A falta de transparência do *modus operandi* da Política de Assistência Farmacêutica e o consequente desconhecimento dos critérios que envolvem essa Política**

Direitos sociais são prestações positivas proporcionadas pelo Estado que tendem a realizar os valores da igualdade social entre os cidadãos. Portanto, as prestações sanitárias dependem que se elaborem políticas públicas de acesso a bens e serviços proporcionados pelo Estado. Entretanto, os operadores do sistema jurídico que concedem prestações desconhecem as diretrizes das políticas de Assistência Farmacêutica do SUS.

A política pública de medicamentos ganhou importância em 1998 com a estruturação da Política Nacional de Medicamentos. Em 2004, criou-se a Política Nacional da Assistência Farmacêutica e em 2006, o SUS passou a considerar a Assistência Farmacêutica como um bloco específico de financiamento. Mas, o poder judiciário não tem levado em consideração os elementos da Política Pública de Medicamentos e as sentenças tem pertencido à microjustiça do caso concreto. Entretanto, para se ponderar os critérios da política pública é necessário perceber a coletividade que precisa ser atendida pelo SUS, e não apenas os pedidos individuais. Pois a concessão indiscriminada sem critérios realiza o *Princípio do Resgate* (resgata o demandante da condição de doente), *ao mesmo tempo em que promove o sequestro da sociedade*, haja vista que a política pública é resultado de um trabalho de diferenciação sistêmica, que consiste nas interdependências entre os sistemas jurídico e político. Nesse cenário, os gestores públicos definem os critérios de inclusão e exclusão de medicamentos, de acordo com os parâmetros de racionalização da prestação pública.

O Uso Racional do Medicamento (URM) é uma diretriz da PNAF que consiste num conjunto de práticas em que é prescrito ao paciente o tratamento terapêutico adequado a sua

necessidade clínica, e se for por meio do medicamento, este deve ser eficaz, seguro e de qualidade, na dose e posologia corretas, por um período adequado e de menor custo<sup>3</sup>. Logo, para que um medicamento seja incorporado pela PNAF é necessário que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) analise a segurança do fármaco, que consiste na comparação entre os efeitos terapêuticos e colaterais.

Deve-se examinar a qualidade do mesmo, expressadas num conjunto de exigências necessárias à fabricação dos produtos farmacêuticos, obedecendo as regras de controle do Manual de Boas Práticas de Fabricação (BPF). E por fim, deve observar o custo-efetividade do medicamento, através da análise e monitoramento de preços por meio de informações, exame de estoques, comparação de aumentos injustificados de preços pelas pessoas de direito que comercializam os fármacos. Entretanto, observa-se que os Magistrados desconhecem o modo de funcionamento da Política de AF no SUS, e suas decisões judiciais não ponderam a concessão judicial de medicamentos, assim como também não consideram as diretrizes da URM adotadas pelo gestor público para fornecer medicamentos a toda coletividade, usuária do SUS. Inclui-se ao desconhecimento das diretrizes do URM, e portanto, da ausência desses critérios na justificação das sentenças, a desconsideração da função das prescrições médicas.

Uma vez que as demandas judiciais por medicamentos são concedidas quase que na sua totalidade por medidas liminares (Gomes e Amador, 2015; Stamford e Cavalcante, 2012; Pereira e Pepe, 2014; Relatório da Judicialização, CNJ, 2015), a prescrição médica representa o principal meio de prova do direito do autor da ação. Tendo, portanto, uma importante função em definir as características das demandas judiciais. As prescrições são o principal elemento da URM, e se seguidos seus requisitos deverão conter: - o nome da substância ativa do medicamento<sup>4</sup>, o CID da doença, o tempo de uso e a posologia exata da medicação.<sup>5</sup> Há uma constatação de que as prescrições médicas que servem de provas judiciais em sua maioria são de origem do setor público – SUS (65,5%, 82,8%).

Em prescrições médicas originadas de médicos do SUS necessariamente devem constar a substância do medicamento de nome genérico, pois nesses casos poderá haver substituição terapêutica. Mas a literatura é contraditória nesse dado, uma vez que em estudo realizado no Rio de Janeiro, a maioria das prescrições públicas não faziam referência à substância genérica do

---

<sup>3</sup> A qual inclui escolha medicamentosa adequada até a dispensação e indicação dos efeitos desejados. Logo, a inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de eventos adversos; dispensação correta; informação sobre medicamentos prescritos; adesão ao tratamento pelo paciente; indicação de efeitos desejados e adversos (RAMOS E FERREIRA, 2013).

<sup>4</sup> As prescrições oriundas do SUS são obrigadas a adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB), de acordo com o art.3º da Lei 9.787/99, quer versa sobre a obrigatoriedade de se prescrever a substância ativa do medicamento, a qual denota o medicamento pelo nome genérico, haja vista ser essa a denominação adotada em listas públicas oficiais de medicamentos.

<sup>5</sup> Parecer Técnico nº810/2012 da Advocacia Geral da União. AGU/CONJUR-MS/HRP.



medicamento, embora obrigatória pela Lei 9.787/99 (Lei do Medicamento Genérico) e nenhuma prescrição, apensa aos processos analisados, obedeciam aos 14 critérios do Manual de Boas Práticas das Prescrições. Todavia, dados mais recentes apontam que em 72,43% dos processos examinados entre os anos de 2012-2013, as prescrições médicas estão instruindo processos com relatórios médicos, descrição da doença- CID, prescrição com princípio ativo ou denominação genérica, produtos, próteses, órteses e insumos com posologia adequada. Se as prescrições são devidamente embasadas em critérios racionais, elas podem definir as características das demandas judiciais, no sentido de seguir as orientações do URM. Uma vez que as decisões terapêuticas dos profissionais médicos também são responsáveis pelos gastos em saúde. Há que ressaltar, que as prescrições médicas, oriundas do setor privado, que requerem medicamentos fora das Listas do SUS, também devem ser vistas com reservas pelo Poder Judiciário. Haja vista, que uma das atribuições do Judiciário é garantir a saúde dos cidadãos, medicamentos fora das listas oficiais são medicamentos que não foram testados em seus efeitos adversos sobre o organismo humano, estão propensos a representar risco de vida à saúde humana. E que para serem concedidos deveriam ser primeiramente avaliados.

Todavia, há várias complexidades a serem resolvidas em demandas judiciais, que concedem toda e qualquer prestação de saúde: desorganiza-se o ciclo da assistência farmacêutica; cria-se um departamento próprio dentro da estrutura das Secretarias de Saúde, apenas para atender as demandas judiciais; compram-se medicamentos não previstos em licitações por um preço muito maior que os adquiridos por licitações; concedem-se medicamentos experimentais sem registros na ANVISA; concedem-se medicamentos fora das Listas dos SUS, sem a diretriz URM (Uso Racional dos Medicamentos); concedem-se medicamentos de marca, ao invés de medicamentos genéricos, disponíveis no SUS.

Tem acontecido no fenômeno da Judicialização da saúde, pedidos judiciais de medicamentos, ainda que estejam os mesmos incluídos em Listas Públicas do SUS, ou presentes em Protocolos Clínicos estabelecidos, já incorporados pela política de saúde. O que denota falha na prestação da política pública, estando o Estado obrigado à prestação sanitária de medicamentos essenciais. Este entendimento é ampliado por Dallari (2017) ao se questionar como dar uma resposta latina forte em defesa do sistema público de acesso universal a saúde? Ao considerarmos o embate entre um direito humano e fundamental e os valores financeiros, no campo da saúde é necessário estabelecer a cobertura sanitária universal, ou seja, o acesso a medicamentos essenciais, seguros, acessíveis, efetivos e de qualidade. Esta compreensão no leva ao entendimento da segunda causa da judicialização: a falta de transparência nos critérios da política pública.

De fato, as decisões tomadas pela administração pública quanto ao registro de um medicamento para comercialização em território nacional, à incorporação às Listas do SUS ou as

pactuações que estabelecem as atribuições de cada esfera de gestão, nem sempre estão claras e acessíveis aos operadores do direito. Pois, o não reconhecimento pelos juízes do desenho da política, a forma como funciona a política pública de assistência farmacêutica, tem resultado em decisões que não esclarecem as justificativas racionalmente construídas aptas a embasar uma concessão judicial em saúde, ou seja, a demonstração de critérios que justifiquem as decisões judiciais.

A Judicialização da Saúde põe em evidência a *responsabilidade passiva dos entes federativos*. A jurisprudência dominante consagra o Princípio da Solidariedade Passiva entre os entes federativos para cumprir a obrigação de fornecer medicamentos. Este Princípio afirma que se o Município for instado a cumprir a obrigação de executar a prestação sanitária e não o faz, o Estado deverá fazer e se não o fizer a União quem o fará. Ocorre que embora esta decisão possa parecer libertadora, na medida em que assegura ao administrado receber a prestação de qualquer dos três entes federativos, do ponto de vista prático, isto cria uma grande dificuldade administrativa e dispêndio desnecessário de recursos. Sobretudo porque há três estruturas que passam a funcionar em juízo para cumprir o demandado, sob o risco de nenhuma cumprir a obrigação.

As decisões judiciais, que concedem prestações sanitárias sem o conhecimento das diretrizes políticas, possuem efeitos que impactam diretamente a gestão dos bens e serviços de saúde; concentram-se apenas na interpretação constitucional do artigo 196 da CF/88. Contudo, a observância do sistema jurídico abrange leis, decretos, resoluções, portarias e atos normativos, que são elementos do sistema em interação, logo, o funcionamento do sistema de saúde requer o entendimento da comunicação entre os vários tipos de regras políticas e jurídicas. Para que os intérpretes do direitos possam elucidar os critérios de decisão, pelos quais conceder ou não uma prestação sanitária, devem os mesmos conhecer o modo de funcionamento da política de assistência farmacêutica. Com atenção ao ato de que ao fundamentar suas sentenças e elucidar os critérios, dissolvem a complexidade, criando mais complexidade, pois decisões jurídicas impactam diretamente a gestão de bens e serviços em saúde.

### **2.1.3 - 3ª Causa da Judicialização da Saúde em Tribunais Brasileiros: Operações entre os sistemas político e jurídico necessitam ampliar os consensos de procedimento como alternativa à Governança da Judicialização em Saúde.**

No cenário judicial brasileiro, há uma pluralidade de conflitos sociais que encaminham a diversidade dos múltiplos pontos de vista manifestado nas interações valorativas. Tal pluralidade de conflitos reflete-se no acesso à justiça dos bens de saúde. A resolução de tais demandas não se extingue no sistema jurídico, mas reflete-se nas políticas de prestação e serviço de saúde,

especialmente nas sentenças iniciais. Denotam também esses conflitos, diferentes e divergentes pontos de vista sobre qual o conteúdo constitucional que devam ter as prestações sanitárias. Se considerada a saúde de conteúdo valorativo “como consequência indissociável do direito à vida” teremos decisões jurídicas sem a respectiva construção de critérios que possibilitem uma tomada de decisão racional.

No Estado Democrático de Direito, um desafio fundamental é estruturar as esferas públicas, por meio da intermediação procedimental dos conflitos valorativos que caracterizam a sociedades pós-modernas. Dessa maneira, pode-se compreender com Neves (1995 a; 2012 b) que as esferas públicas são as arenas dos discensos valorativos que apresentam-se desestruturadas e que precisam ser estruturadas por procedimentos constitucionais, haja vista que o desaparecimento da moral tradicional e hierarquizada possibilitou um consenso de procedimento, imunizando o sistema jurídico e político em relação ao dissenso contitudístico.

Dessa maneira, a intermediação procedimental dos conflitos valorativos encaminham a necessidade de realização da governança da judicialização da política de assistência farmacêutica. A governança pode guiar as interações entre diferentes, mas interdependentes atores sociais, encaminhando uma forma mais cooperativa, de resolução de problemas (Cerrillho, 2005). Embora o debate da governança tenha sido frutífero na Europa, o contexto da crise de Estado e governabilidade tem sido o mesmo, em Países europeus e periféricos, fato este que dá espaço para articulação dos atores em identificação de problemas e consequente resolutividade (Peters e Pierre, 2005; Diniz, 1996).

A hipótese de investigação deste artigo, examina o contexto da Judicialização da Saúde no Brasil, e compreende poder existir consensos de procedimento, enquanto um fenômeno complexo que surge das interações entre os sistemas jurídico, político-administrativo, e econômico que possibilitam compreender e descrever um processo de governança da Judicialização da Saúde, particularmente que tange ao papel dos atores envolvidos no direito social de acesso à assistência farmacêutica.

As ações de governança da judicialização entre juízes e gestores podem ser um exemplo de Governança Sociopolítica ou Interativa, a qual propõe uma mudança do governo unidirecional, em que governantes dirigem o poder político à frente dos governados para um modelo de governo bidirecional, em que aspectos, problemas e oportunidades fazem parte das interações amplas e sistêmicas entre os que governam e aqueles que são governados.

Jan Kooiman (2010) acrescenta que nenhum ator por si só, público ou privado, tem todo o conhecimento e a informação necessária para resolver os problemas dinâmicos, complexos e

diversificados. Nenhum ator tem uma perspectiva suficiente para utilizar eficientemente os diversificados instrumentos da governança. E no caso da Judicialização da saúde as experiências são diversas, os atores são múltiplos e os problemas complexos.

As interações no nível de ação (ou intencional) constituem-se no elemento processo, correspondem a valores, objetivos, interesses e propósitos concretos. E no aspecto estrutural, as interações marcam o contexto, a sócioestrutura e a cultura das instituições; materializadas em regras e normas de conduta, esquemas de comunicação, possibilidades materiais e tecnológicas.

### **2.1.3.1 - A experiência de governança no Ministério Público de Minas Gerais**

No tocante a fiscalização da gestão pública de saúde, no campo jurídico constitucional, coube ao Ministério Público, como órgão jurídico-social, a fiscalização, bem como a atuação judicial pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, o zelo daquele serviço de relevância pública, consoante o art. 129, II da CF/88.

Na percepção político institucional dentro do fenômeno da Judicialização da saúde, que dá: o crescente aumento das demandas judiciais pela atuação judicial reflexiva dos demandantes jurídicos e da necessidade de (re) organização das ações e serviço em saúde, no âmbito regional, de forma solidária e não solitária, com a participação democrática, o âmbito regional, visando a implantação das diversas Redes de Atenção à Saúde – RAS, conforme diretrizes do Decreto nº 7.508/2011, através de diálogos, visando a elaboração desse mesmo planejamento em saúde, na perspectiva integrada e regional, a mediação sanitária, se constitui como um meio alternativo de enfrentamento coletivo [solidário] na resolução dos problemas da saúde, como estratégia de redução da Judicialização da saúde e no que possível a substituição da atuação reflexiva de seus atores, pois a mediação sanitária propõe a construção de um diálogo institucional permanente entre juízes, advogados, promotores, defensores, secretários de saúde, conselhos, representação social, e outras instituições e entidades na tríade: saúde, direito e cidadania.

As ações e serviços de saúde no Brasil estão previstas no âmbito constitucional, legal e infralegal (nas pactuações bipartite e tripartite), constituindo um direito dentro do rol de direitos sociais, a saúde vem a ocupar um espaço privilegiado na Constituição Federal no Título II, que dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais, gerando alçadas discussões quanto sua categoria de direito fundamental de proteção social, individual ou coletivo de dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas. A Constituição Federal não adotou modelos de saúde, mas modelo

único de saúde, onde a definição, diretrizes e princípios estão expressamente catalogados no art. 198 da Carta Magna.

Sendo a saúde, uma questão social de responsabilidade não somente do Estado, mas compartilhada entre os cidadãos segundo preceitua o art. 2º, § 2º da Lei que regulamenta o SUS, acrescentando-se a atuação do poder legislativo e do judiciário e de instituições constitucionalizadas, não cingindo a expressão “Estado ” a somente a atuação do poder executivo.

Ademais, o direito à saúde também apresenta uma natureza de relevância pública, que notadamente impõe ao Estado, a priorização de sua atuação na formulação e execução de políticas sociais e econômicas visando assegurar o seu pleno exercício, a exemplo a política de assistência farmacêutica.

Segundo Assis (2013, p.463), “o maior desafio da saúde no Brasil reside no aspecto político, de forma a promover o adequado financiamento e necessária articulação entre os Entes Federativos e as instâncias da sociedade”.

Ainda, conforme o autor, a redução de riscos de doenças e outros agravos só será possível, se no cenário prático da formulação e execução de políticas de saúde, possuir um caráter de permanência, ressaltando o dever do Estado de prover as condições indispensáveis para o pleno exercício do direito a saúde para todos.

Devido a sua relevância pública, o modelo constitucional de saúde no Brasil pressupõe uma democracia participativa, com estabelecimento de instâncias jurídicas e sociais responsáveis por zelar pelas ações e serviços de saúde, bem como adotar medidas de promoção e defesa.

A interação dessas instâncias, através da mediação, as qualifica e legitimam-se suas atuações sanitárias na visão compartilhada de uma política pública que resulte em efetividade social.

Em Minas Gerais, Assis (2013, p.465) comenta que “o Ministério Público tem se destacado nos últimos tempos na sua atuação extrajudicial, mediante a criação de curadorias de saúde, atuando como importante ator na comunidade de interpretes do direito à saúde, de modo a evitar a devolução do conflito para discussão judicial”.

Como órgão, também, constitucionalizado tem zelado pela efetividade social da política pública de saúde, com isso instituiu-se a ação institucional da mediação sanitária extrajudicial pela Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012, sob coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde – CAO SAÚDE - que propõe a interação e o diálogo entre os atores sociais dos emblemáticos casos coletivos de saúde.

A Carta Magna de 1988 dispõe no art. 241 que os entes federativos disciplinarão os consórcios públicos, autorizando a gestão associada de serviços públicos. No referido dispositivo, a prática da mediação pela metodologia da gestão associada, mediante a celebração de Convênios de Cooperação ou Termo de Compromisso entre os Entes Públicos – TCEP, reclama a participação financeira tripartite dos órgãos de saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Municípios da região”.

Assim, a estratégia da ação de mediação promove encontros em todo o território mineiro, fomentando debates com a participação de juizes. Ao final de cada reunião, que totalizam 53 atualmente, os assuntos são deliberados e registrados em ata, para responsabilidade coletiva na sua execução, inclusive, pelo Ministério Público, verdadeiro “auto – TAC”.

### **2.1.3.2 - As Experiências de Governança na Defensoria Pública do Distrito Federal**

A Defensoria Pública, conforme o art. 134 da CF/88 é órgão essencial no exercício da função jurisdicional do Estado, na promoção e defesa em todos os necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV da CF/88, prestando assistência e orientação jurídica de maneira integral e gratuita ao que comprovarem insuficiência de recursos. Daí, sua característica essencial de atendimento a população, de instituição social, pois muitas das demandas judiciais em saúde decorrem deste órgão do judiciário.

A realidade do SUS, no Brasil inteiro, não consegue corresponder a: organização do sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, previsto na Lei nº 8.080/90, de modo a atender a população, especialmente nas regiões interioranas. Bem como, dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de seus serviços, previstos na Lei nº 12.466/2011.

Assim, os serviços e as prestações de saúde são ofertados fragmentadamente, aliada a outras dificuldades de instalações, insuficiência de medicamentos, insumos dentre outros, fomenta o fenômeno da Judicialização da saúde, uma vez que, parte da população depende unicamente e exclusivamente do SUS.

Os cidadãos brasileiros na busca de ter garantido e concretizado seu direito à saúde tem recorrido ao judiciário. No distrito Federal, segundo Silva (2014, p.12), “o sistema público de saúde caracteriza-se pela falta de leitos de unidade de terapia intensiva – UTI (...). Além da demanda do entorno das cidades vizinhas (...)”.

Devido esses problemas, a Defensoria Pública no DF vem destacando-se como grande protagonista em 95,4% dos casos, em que é autora. Podemos destacar alguns pontos, como: 1)

órgão essencial a jurisdição do Estado, a qual é incumbido de a orientação jurídica e defesa, em todos os graus, dos necessitados; 2) de prestar assistência jurídica gratuita e integral diante da comprovação de insuficiência de recursos.

Com a volumosa demanda judicial no núcleo de saúde, a Defensoria do DF vem buscando atender aos cidadãos de forma consensual, o que segundo Silva (2014, p.13), “facilita o diálogo entre gestor e sistema de justiça, de modo a interferir menos na política de saúde formulada pelo Poder Executivo”.

Os gestores da saúde são peças fundamentais no que tange a assistência à saúde, em que o sistema de justiça vem atuando cada vez mais, promovendo significativas mudanças nas relações sociais e causando repercussão na gestão, que de acordo com Badin *apud* por Silva (2014, p. 15) cabe ao gestor tomar decisões capazes de suprir as deficiências na administração pública, visto que a judicialização está se tornando cada vez mais expressiva.

Verificou-se assim, que há uma importante ferramenta capaz de auxiliar a diminuição das demandas, a CAMEDIS – Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde pela Portaria Conjunta nº 01, 26 de fevereiro de 2013, com parceria entre DP Distrital e a Secretaria de Estado de Saúde, tendo como missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite.

Explica Silva (2014, p.23-24), o funcionamento da Câmara mediadora, em que:

É composta por um representante titular e um representante suplente de cada um dos órgãos, sendo eles: a SES/DF, que a coordena, e a Defensoria Pública do Distrito Federal. Compete à CAMEDIS promover mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Distrito Federal, buscar conciliação e propor soluções para demandas judiciais em trâmite, tomar conhecimento das demandas judiciais e administrativas levadas à ciência da CAMEDIS por qualquer de seus membros integrantes, propor aos órgãos e entidades da Administração Pública do Distrito Federal, responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública no DF, medidas para melhorias e cooperação (PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013).

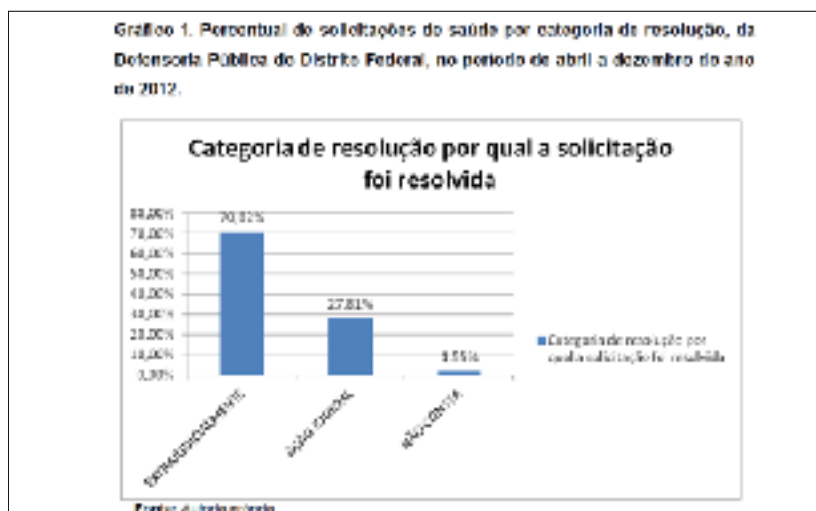
Cabe à SES do Distrito Federal, à qual está vinculada a CAMEDIS, fornecer apoio administrativo e meios materiais necessários ao funcionamento desta.

A importância da mediação, faz com que, os conflitos sejam resolvidos de forma mais harmônica com os serviços de saúde e a gestão do SUS, evitando assim impactos negativos da judicialização na política pública, isso, sem deixar de atender ao cidadão.

Durante a pesquisa, na Defensoria Distrital, Silva (2014, p. 28) identificou que no período de abril a dezembro de 2012, 893 demandas de saúde distribuída em 834 ofícios emitidos pela Defensoria, pois em alguns ofícios há mais de um tipo de pedido solicitado, na qual dividiu em subcategorias de demanda de saúde, as quais são demandados: cirurgia 20,95%, consulta 17,58%,

exames 13,32%, medicamento 16,57% e tratamento em saúde 10,30% , conforme Silva (2014, p. 29).

Não ficou demonstrado claramente, como se procede a resolução extrajudicial, talvez pelos limites da pesquisa. Entretanto, a autora nos fornece dados relevantes quanto ao percentual de resolução das solicitações em saúde, pela Defensoria do DF, em seu gráfico abaixo (2014, p. 31):



Segundo a autora (2014, p.31):

O gráfico 1 verifica-se que dos 834 ofícios emitidos pela Defensoria para a SES/DF nos meses de abril a dezembro de 2012, 70,62% foram resolvidas por via extrajudicial, enquanto, apenas 27,81% culminaram em ação judicial como medida de resolução da solicitação feita pelo cidadão que recorreu à Defensoria.

Assim percebe-se que mais da metade das solicitações de saúde conseguem ser resolvidas extrajudicialmente por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, através da CAMEDIS. O que revela a importância não só da Defensoria mais dos outros atores sociais, discutindo de forma ampla e o tema em debate, consenso através da mediação, refletindo-se nas alternativas de atender o cidadão e fim de evitar a judicialização da saúde. Por fim, isso demonstra que, no exercício de suas atribuições, a Defensoria Pública - DF tem contribuído para o exercício da cidadania e do acesso à justiça.

### 2.1.3.3 - A Experiência de Governança na Procuradoria do Estado de São Paulo

O cenário da judicialização não foi diferente no Estado de São Paulo, que inicialmente adotou medidas tradicionais para tentar conter o referido fenômeno, através das defesas jurídicas argumentativas, como: ilegitimidade passiva, reserva do possível, princípio da separação dos poderes etc. Tal tentativa não foi louvável diante do volume de ordens judiciais para fornecer e atender o objeto da demanda. Assim, preocupados em reduzir, o impacto do fenômeno da



judicialização do direito à saúde na organização de suas ações e serviços, o Estado de São Paulo adotou estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade.

Em outubro de 2008, a Procuradoria Geral do Estado de São Paulo instituiu dentro da área do seu Contencioso uma subprocuradoria da procuradoria judicial, especializada em saúde pública, conforme Yoshinaga (2011, p.6), “que acompanha ações que tramitam perante a primeira instância das varas da capital e recursos referentes a processos provenientes de todo o Estado”.

Além disso, a PGE- SP passou a estreitar comunicação com a Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de compreender o funcionamento do sistema público de saúde, especialmente no funcionamento da assistência farmacêutica, pois suas maiores demandas versam em medicamentos. Assim, informa a Procuradora Yoshinaga (2011, p.7), que:

Organizou-se, nesse sentido, uma visita dos Procuradores da 8ª subprocuradoria da Procuradoria Judicial à chamada “Farmácia de Ação Judicial”, um centro de distribuição de medicamentos e insumos criado exclusivamente para viabilizar o atendimento das ordens judiciais referentes a processos das comarcas da Grande São Paulo. **Foi uma oportunidade de tornar mais concretas as discussões travadas nos processos, já que os Procuradores do Estado puderam conhecer pessoalmente os esforços e a movimentação gerada pelas inúmeras ações judiciais que chegavam diariamente em seus escaninhos. (Grifo nosso).**

A Secretaria de Saúde do Estado, também investiu, segundo Yoshinaga, na criação de uma equipe multidisciplinar chamada Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde – CODES, que atua junto a gabinete do secretário (a) estadual de saúde, na emissão de relatórios técnicos (médicos e farmacêuticos), sobre o produto, medicamento, insumo requerido.

Da parceria da PGE-SP e a SES-SP, foi criado e implantado um sistema informatizado (Sistema de Controle Jurídico - SCJ) para controle das ações, dentro da própria secretaria de saúde, sem gerar grandes custos, onde estão abrigadas todas as informações do processo, permitindo o acesso *on-line* essas informações, além do ganho de tempo e qualidade de defesa judicial, pelos procuradores. Uma vez que, comparado com a troca de ofícios entre os órgãos da saúde e da justiça se mostra mais eficaz no atendimento aos casos em saúde, por ser mais ágil.

Assim, conforme Yoshinaga (2011, p.7):

Esse *software* concentra um banco de dados com as seguintes informações: nome do paciente, nome do médico prescriptor, unidade de saúde de atendimento, tipo de medicamento, material ou tratamento requerido, tipo de enfermidade, dados do processo judicial, nome do advogado do paciente, status do atendimento da ordem judicial, eventual condenação solidária com outros entes federados, etc. (Grifo do autor).

Desta forma, tem-se um controle e acompanhamento das ações judiciais em saúde, além de permite o acesso fácil às informações no SCJ e uma visão panorâmica do fenômeno da judicialização da saúde.

A parceria também se estreitou com a Defensoria Pública de São Paulo – DPE-SP, pois através do SCJ identificou que este órgão é na sua maioria o patrocinador das ações ajuizadas em matéria de direito e saúde, especialmente, saúde pública.

Na Procuradoria do Estado de São Paulo, desde abril de 2008, a SES-SP e a DP-SP vem consolidando parceria para o atendimento ao público que pretende o ajuizamento por demandas em produtos, medicamentos, insumos e materiais em saúde. Essas pessoas são encaminhadas para uma triagem a serem realizadas por técnicos farmacêuticos da Secretaria de Estado da Saúde, locados dentro da DPE-SP, quando segundo Yoshinaga (2011, p.8) tem esse atendimento administrativo:

Identificam pedidos de materiais disponíveis no SUS, esses servidores da Secretaria da Saúde indicam ao cidadão o preço local de sua dispensação. No entanto, caso o medicamento prescrito não conste da lista oficial do SUS, mas exista terapia análoga disponível na rede pública, ela é ofertada ao paciente. E, por fim, nas hipóteses em que o medicamento não padronizado pelo SUS é realmente a única alternativa daquele paciente (de acordo com avaliação de médico pertencente a secretaria de saúde), o fornecimento se dá via procedimento administrativo inaugurado no âmbito da Secretaria de Saúde.

Até o momento podemos identificar a três atuações que englobam o atendimento do campo jurídico e do campo político, nos casos em direito e saúde pública, através da:

- A)** A criação de uma equipe multidisciplinar: a Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde – CODES, que atua junto ao gabinete do secretário (a) estadual de saúde;
- B)** Da parceria da PGE-SP e a SES-SP na implantação do Sistema de Controle Jurídico – SCJ, para controle das ações, dentro da própria secretaria de saúde;
- C)** E da atuação administrativa da DPE-SP em parceria com a SES-SP no atendimento e triagem dos casos que pretendem-se ajuizar, na qual passam por técnicos farmacêuticos que atuam dentro da DPE.

Tudo isso, possibilitado, a partir do momento, em que temos a parceria, dialogo, comunicação dos diversos setores da sociedade, a identificação e reunião das demandas e o suporte técnico (relatórios médicos e farmacêuticos), que contribui para visão panorâmica do fenômeno da judicialização da saúde, e das alternativas para lidar com esta realidade, e quais demandas são legítimas, e que na medida do possível sejam incorporadas pelas políticas públicas de saúde.

#### **IV - Conclusões:**

O objetivo desta comunicação foi o de demonstrar que o consenso de procedimento entre os sistemas jurídico e político promove a governança da judicialização da saúde no Brasil, através das experiências de mediação, nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e no Distrito Federal.

Assim, foi tratada a questão que visou tratar dos consensos de procedimentos entre os sistemas jurídico e político, capazes de promover a governança do direito de acesso à Assistência Farmacêutica.

Portanto, nos Tribunais brasileiros identificou-se no fenômeno da Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica, três causas principais que aumentam as demandas judiciais em direito de acesso a medicamentos: a primeira causa identificada diz respeito às decisões do Poder Judiciário no que concerne à desconsideração dos recursos públicos para o acesso ao direito fundamental a saúde. A segunda causa aponta uma falta de transparência e, em consequência, um desconhecimento dos operadores do direito acerca dos critérios que envolvem o *modus operandi* da Política de Assistência Farmacêutica. Finalmente, a terceira causa propugna pela necessidade dos operadores do sistema jurídico e político ampliarem os consensos de procedimento, como alternativa de governança da judicialização da saúde.

Em conclusão desta comunicação compreendeu-se que o problema de governança da Judicialização da Saúde no Brasil é complexo podendo se destacar o papel desempenhado por juízes e gestores do direito social de acesso à assistência farmacêutica. É oportuno ressaltar que esta comunicação não esgota o problema abordado. Por conseguinte, ainda necessita-se aprofundar aspectos da questão como: níveis de governança sistêmica, interações intrassistêmicas construídas em desenho observacional, compreendendo a perspectiva de suas aplicações na realidade amazônica.

## Referências Bibliográficas

- Assis, G. A Ação Institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde, Cidadania e Mediação Sanitária. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. V.02, nº02 (2013).
- Barcellos, Ana Paula de. A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais. O princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- Bastos, M.L.C.; Sarmiento, R.M.; Ribeiro, K.D.C.B.; Dolabela, M.F. Ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no departamento de assistência farmacêutica – PA. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, n.1, v.7, p. 367-376. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1302>>. Acesso em: 29 jun.2015.
- Bertallanffy, L.V. O Conceito de Sistemas nas Ciências do Homem. *In: Teoria Geral dos Sistemas. Fundamento, Desenvolvimento e Aplicações*. São Paulo: Ed. Vozes, 2010.

Biehl, J.; Amon, J.J.; Socal, M.P.; Petryna, A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum Rights*, n.14, p. 1-17, 2012. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.36>>. Acesso em: 29 jun.2015.

Stanford, A.; Cavalcanti, M. Decisões judiciais para acesso a medicamentos em Pernambuco. *Rev. Saúde Pública*, n.46, p. 791-799. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/48352/52211>>. Acesso em: 29 jun.2015.

Cerrillo, A. La gobernanza hoy: introducción. In: A. Cerrillo, 10 Textos de referência. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2005.

Dallari, S.G. Sistemas Públicos de Saúde e Cobertura Universal dos Serviços de Assistência Médica. In: *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. V.06, nº02 (2017).

Diniz, E. Governabilidade, Governance e Reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. *Revista do Serviço Público*. Vol 47, nº02, 1996.

Gomes, V. S; Amador, T. A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, v.31, n.3, p. 451-462, 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n3/pt\\_0102-311X-csp-31-03-00451.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n3/pt_0102-311X-csp-31-03-00451.pdf)>. Acesso em: 06 jul.2015.

Judicialização da Saúde no Brasil: Dados e Experiências. Coord. Felipe Dutra Asensi e Roseli Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

Kooiman. J. Governar en Gobernanza. In: Cerillo, A. *10 Textos de Referência*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2005.

Luhmann, N. *Sistemas Sociais. Esboço para uma Teoria Geral*. RJ: Vozes, 2016.

Neves, M. *Entre Têmis e Leviatã: Uma relação difícil: O Estado de Direito a partir e além de Luhmann e Habermas*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

**Neves, M.** *A Constitucionalização Simbólica*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

Pereira, J.G.; Pepe, V.L.E. Acesso a medicamentos por via judicial no Paraná: aplicação de um modelo metodológico para análise e monitoramento das demandas judiciais. *Rev. Direito Sanitário*, v.15, n.2, p. 30-45, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88355/91231>>. Acesso em: 29 jun.2015.

Silva, S. N. A Judicialização da Saúde no Distrito Federal: o papel da Defensoria Pública e a Resolução Extrajudicial de conflitos. TCC. *Gestão da Saúde Coletiva: UNB*. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/8826>. Acesso em: 20 ago.2017, p.1-39.

Stanford, A.; Cavalcanti, M. Decisões judiciais para acesso a medicamentos em Pernambuco. Rev. Saúde Pública, n.46, p. 791-799. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/48352/52211>>. Acesso em: 29 jun.2015.

Urteaga, E. La Teoria de Sistemas de Niklas Luhmann. Revista Internacional de Filosofia. Vol.15. 2010.

Vidal, J.P. Introducción a la teoria de Sistemas Autoreferenciales y al Sistema de Derecho en Niklas Luhmann. Disponível em : [http://www.naea.ufpa.br/meuespaco/pdf\\_producao.php?id=5](http://www.naea.ufpa.br/meuespaco/pdf_producao.php?id=5). Acesso em: 16 de maio de 2017.

Vidal, J.P. Para uma Governança Sistêmica: Política, Administração e Território. Notas de aula da Disciplina Teorias da Governança: Política, Administração e Território. Agosto, 2017. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará.