



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Liliane Médici Bandeira

**Atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à
Saúde no município de Três Rios-RJ: uma estratégia na abordagem
da judicialização da saúde**

Rio de Janeiro

2023

Liliane Mé dici Bandeira

Atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ: uma estratégia na abordagem da judicialização da saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2023

Liliane Médici Bandeira

Atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ: uma estratégia na abordagem da judicialização da saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Aprovada em 02 de junho de 2023.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Edais Pepe

Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Miriam Ventura da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por todo amor e apoio dedicados a mim de forma irrestrita. Vocês se esforçaram e se privaram de tantas coisas para me dar o bem mais precioso que ninguém pode me tirar: a educação.

Ao meu pai, Enio Médici (*in memoriam*), seu exemplo de companheirismo, garra e determinação vai me acompanhar para sempre. Embora você não esteja mais aqui para celebrar este momento comigo, sinto sua presença me incentivando em cada pensamento que tenho. Sua memória continua viva em meu coração e em tudo o que eu faço. Obrigada por ser o melhor pai que eu poderia ter pedido. Eu te amo e sinto muito a sua falta.

À minha querida mãe, Lucianita, que me ensinou valores importantes, como o respeito, a humildade, a honestidade e a compaixão. E, mais importante ainda, você me ensinou a amar. O seu amor incondicional tem sido uma fonte de força e conforto em minha vida. Eu sou quem sou hoje graças a você. Você me deu tudo o que eu preciso para enfrentar o mundo com confiança e coragem. Você sempre me incentivou a seguir meus sonhos e a nunca desistir, mesmo diante dos desafios mais difíceis. E por isso, eu quero agradecer. Obrigada por tudo o que você fez por mim, por todo o amor e cuidado que você me deu ao longo dos anos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me guiar, iluminar e proteger em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, Romero, que sempre me apoiou e acreditou em mim. Não há palavras suficientes para expressar o quanto sou grata por tê-lo em minha vida. Agradeço por ser meu amigo, meu confidente, meu companheiro, meu amor.

Aos meus filhos, Enrico, Henry e Rafael, dos quais me orgulho profundamente, meus presentes de Deus! Obrigada por compreenderem minha ausência no período de aulas e dedicação a este trabalho. Espero que saibam o quanto são amados e o quanto significam para mim. Vocês são a luz dos meus olhos, alegria do meu coração e razão do meu viver. Amo vocês!

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Rosângela Caetano, que tão generosamente me conduziu diante dos desafios acadêmicos. Alguém com quem pude partilhar experiências, receber conselhos e, acima de tudo, aprender. É uma inspiração magistral por transmitir com tanto amor e dedicação a arte de ensinar. Minha eterna gratidão!

A Prof.^a Dra. Vera Lúcia Edais Pepe, que permitiu um aprofundamento teórico e analítico através das preciosas contribuições na banca de qualificação. Suas valiosas ponderações foram fundamentais para meus escritos.

Ao Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi pela generosidade de ser o leitor desse trabalho, mesmo com o avançar do prazo.

Aos ilustres professores Dr. Felipe Dutra Asensi, Dra. Miriam Ventura da Silva e Dra. Vera Lúcia Edais Pepe, por aceitarem o convite para compor a banca de defesa da dissertação, disponibilizando seu tempo, competência e sabedoria.

Ao meu querido amigo, Dr. Ivan Chebli, que foi a pessoa que me impulsionou na gestão do SUS e me deu a mão neste caminhar. Sua generosidade em compartilhar seus conhecimentos e seu enorme coração o faz um ser humano cheio de luz e muito especial, além de não medir esforços em ajudar a quem o solicitar.

A grande equipe do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS) e da Assistência Farmacêutica, Ana Cristina, Ellen, Guilherme, Helen, Jaqueline, Janine, Lilian e Sérgio, pela companhia diária, pela amizade que aquece o coração e pelo apoio incansável à minha formação. Especialmente à Ana

Cristina e Guilherme pelo incansável auxílio, pelas palavras de estímulo, pelas ideias e críticas. Essa equipe brilha com uma humanização indispensável na árdua tarefa do fenômeno da judicialização da saúde!

Aos meus Procuradores Municipais, Dra. Cristiane e Dr. Fernando, sempre disponíveis, pacientes e zelosos comigo e com a equipe do NAPASS, trazendo uma face humana nas demandas judiciais. Como isso faz diferença! Minha sincera gratidão!

À parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro pela valiosa oportunidade que me deram. Em especial, aos professores que dispuseram de seu tempo para compartilharem tanto conhecimento.

Aos professores que dispuseram de seu tempo para compartilharem tanto conhecimento. Em especial, ao amado Dr. Eduardo Levcovitz e a queridíssima Dra. Thais Franco.

Aos colegas de sala, pela convivência durante todo esse período do mestrado. Em particular, à minha amiga Érica que nos momentos mais difíceis me ajudou e aconselhou sabiamente com sua experiência.

A todos os demais amigos que, de alguma forma, contribuíram para eu concluir esse sonho.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra humana.

Carl G. Jung

RESUMO

BANDEIRA, Liliane Médici. **Atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ: uma estratégia na abordagem da judicialização da saúde.** 2023.164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O fenômeno da judicialização da saúde é uma realidade crescente no Brasil, principalmente nos municípios, culminando com desestruturação no planejamento e na execução orçamentária. Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualiquantitativa, desenvolvida em Três Rios, município de médio porte do estado do Rio de Janeiro, que se iniciou em 2009, com a implantação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS) e a reestruturação da Assistência Farmacêutica no SUS local, para lidar com a intensa judicialização da saúde. O objetivo central da pesquisa foi analisar a atuação desse Núcleo como estratégia na abordagem da judicialização da saúde, bem como descrever as demais estratégias sinergicamente implementadas pela gestão municipal, a partir de 2009. Os resultados dessas estratégias implementadas permitiram observar que, entre os anos de 2008 e 2021, houve importante redução de ações judiciais distribuídas contra o município já no primeiro ano da nova gestão empossada e significativa resolubilidade extrajudicial das demandas oriundas da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Espaços de melhorias e avanços foram também elencados, a partir de uma análise dos fatores positivos e negativos na abordagem da judicialização da saúde segundo a ótica da Análise SWOT. Como fatores positivos, destacaram a valorização do diálogo interinstitucional e intersetorial com os atores envolvidos na judicialização da saúde; equipe técnica da saúde multidisciplinar e capacitada atuando em conjunto com a Procuradoria Especializada à Saúde (PASS) e a divulgação periódica da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais aos prescritores. A pesquisa considera que a estratégia utilizada pode ser replicável em outros municípios de médio porte na abordagem da judicialização da saúde no país.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Direito à saúde. Estratégias de enfrentamento. Gestão em saúde. Judicialização da saúde. Mediação de conflitos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

BANDEIRA, Liliane Médici. **Performance of the Support Core for the Deputy Prosecutor's Office for Health Support in the municipality of Três Rios-RJ: a strategy in addressing health-related judicialization.** 2023.164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The phenomenon of health judicialization is a growing reality in Brazil, especially in municipalities, resulting in disruption in planning and budget execution. This is a case study with a qualitative-quantitative approach conducted in Três Rios, a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro, which began in 2009 with the implementation of the Supportive Deputy Prosecutor's Office for Health (NAPASS) and the restructuring of Pharmaceutical Assistance in the local Unified Health System (SUS) to address the intense judicialization of health. The main objective of the research was to analyze the role of this Supportive Deputy Prosecutor's Office as a strategy in addressing health judicialization and to describe the other synergistically implemented strategies by the municipal management between 2008 and 2021. The results of these implemented strategies allowed for the observation of a significant reduction in lawsuits filed against the municipality in the first year of the new administration and a substantial extrajudicial resolution of demands originating from the Public Defender's Office of the State of Rio de Janeiro. Areas for improvement and progress were also identified based on an analysis of the positive and negative factors in addressing health judicialization from the perspective of SWOT analysis. Positive factors included the appreciation of interinstitutional and intersectoral dialogue with the actors involved in health judicialization, a multidisciplinary and skilled health technical team working in collaboration with the Specialized Prosecutor's Office for Health (PASS), and the dissemination of the Municipal Essential Medicines List to prescribers. The research suggests that the strategy used can be replicated in other medium-sized municipalities in addressing health judicialization in the country.

Keywords: Pharmaceutical assistance. Right to health. Coping strategies. Health management. Health's judicialization. Mediation of conflicts. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Grupos de medicamentos e outros produtos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	38
Figura 2 - Fluxo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	39
Figura 3 - Listas de medicamentos essenciais do SUS	42
Figura 4 - Linha do tempo das orientações CNJ em matéria de judicialização da saúde no Brasil - 2009 a 2022.....	51
Figura 5 - Percentual de processos de saúde por assunto em primeira e segunda instância, de 2008 a 2018 no Brasil.....	63
Figura 6 - Percentagem dos assuntos das decisões em segunda instância no período de 2008 a 2019 no Brasil.....	64
Figura 7 - Percentual de citações em acórdãos a órgãos técnicos de 2008 a 2019 no Brasil.....	65
Figura 8 - Custos da judicialização para o governo federal (R\$ milhões), de 2010 a 2016.....	66
Figura 9 - Mapa com a divisão regional do estado do Rio de Janeiro.....	79
Figura 10 - Organograma da Assistência Farmacêutica do município de Três Rios.....	81
Figura 11 - Matriz SWOT.....	94
Figura 12 - Linha do tempo da implantação e evolução do NAPASS como parte desse processo.....	97
Figura 13 - Linha do tempo da Reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios/RJ como parte desse processo.....	109
Figura 14 - Fluxograma das recomendações sobre saúde pública do Conselho Nacional de Justiça.....	112
Figura 15 - Organograma do Município de Três Rios-RJ no ano de 2022.....	115
Figura 16 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Mandados Judiciais pela Procuradoria-Geral do Município de Três-Rios-RJ	116
Figura 17 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Mandados Judiciais pelo NAPASS.....	117

Figura 18 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Ofícios da Defensoria Pública pelo NAPASS.....	118
--	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do número de processos de saúde de primeira instância distribuídos entre os anos de 2008 e 2017 no Brasil....	61
Gráfico 2 - Evolução do número de processos de saúde de primeira instância distribuídos entre os anos de 2008 e 2017 no Brasil....	62
Gráfico 3 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios segundo ano - 2008 a 2021.....	125
Gráfico 4 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios segundo ente federado solidário e ano - 2008 a 2021.....	126
Gráfico 5 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ de forma solidária com os entes federados, segundo por representação processual e ano - período de 2008 a 2021.....	127
Gráfico 6 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ de forma solidária com os entes federados segundo objeto imediato e ano - 2008 a 2021.....	129
Gráfico 7 - Números absolutos de ofícios da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recebidos e respondidos pelo NAPASS comparados às ações ajuizadas segundo ano - 2008 a 2021.....	130
Gráfico 8 - Percentual de ações não judicializadas contra o Município de Três Rios em relação aos Ofícios oriundos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recebidos e respondidos pelo NAPASS por ano - 2008 a 2021.....	132

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Regras de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.....	34
Quadro 2 -	Financiamento e execução do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.....	36
Quadro 3 -	Medicamentos oncológicos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, de acordo com os Protocolos de uso com as respectivas Portarias.....	47
Quadro 4 -	Estudos selecionados relacionados à judicialização de saúde nos municípios de pequeno e médio porte.....	68
Quadro 5 -	Teses firmadas pelo Supremo Tribunal de Justiça e pelo Supremo Tribunal Federal em questões relacionadas à judicialização da saúde.....	72
Quadro 6 -	Categorias utilizadas para análise das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde.....	90
Quadro 7 -	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Três Rios-RJ publicada entre os anos de 2009 e 2022, com os respectivos números de itens presentes e documentos legais.....	110
Quadro 8 -	Categorização das estratégias implementadas de acordo com seu desempenho no nível institucional.....	119
Quadro 9 -	Estratégias presentes ou incipientes na abordagem da judicialização na gestão municipal, segundo as categorias propostas por Yamauti <i>et al.</i> (2020).....	123
Quadro 10 -	Matriz SWOT referente a identificação dos fatores positivos e negativos referente à judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU	Advocacia Geral da União
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CACON	Centros de Assistência Especializada em Oncologia
CadWeb	Sistema de Cadastramento de Usuários do Sus
CAP	Coeficiente de Adequação de Preços
CAPS II	Centro de Atendimento Psicossocial II
CAPSAD III	Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga III
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID10	Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema no Sistema Único
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DANT	Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DDT	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
DF	Distrito Federal
DPE-RJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
DIU	Dispositivo intrauterino
ECG/TCE-RJ	Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
e-NatJus	Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas
FONAJUS	Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça
HCNSC-ACSC	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição-Associação Congregação Santa Catarina
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IdeiaSUS	Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
IST/aids	Infecção Sexualmente Transmissível/doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana
LME	Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF
MPE-RJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NatJus	Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário
NAPASS	Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PASS	Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
RJ	Rio de Janeiro
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
REREME	Relação Regional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Tabela do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIPNI <i>Web</i>	Sistema Informatizado do Programa Nacional de Imunização
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil de Três Rios
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
TIH	Transferência Intra-hospitalar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA	23
1.1 Fundamentos jurídicos e normativos da regulamentação do Sistema Único da Saúde.....	23
1.1.1 A Constituição Federal de 1988 e a saúde como direito: uma breve análise ...	23
1.2 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	27
1.2.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica.....	32
1.2.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.....	35
1.2.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	36
1.2.4 Relações de Medicamentos Essenciais.....	40
1.2.5 Acesso a medicamentos oncológicos.....	43
1.3 Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde	48
1.4 Judicialização do direito à saúde no Brasil.....	50
1.4.1 Panorama da judicialização da saúde no Brasil.....	50
1.4.2 Dados sobre judicialização da Saúde no Brasil.....	61
1.4.3 A judicialização da saúde: algumas notas a partir da perspectiva dos municípios brasileiros.....	67
1.4.4 Uniformização da jurisprudência nos Tribunais Superiores.....	71
2 OBJETIVOS	77
2.1 Objetivo geral	77
2.2 Objetivos específicos:.....	77
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS	78
3.1 Tipo de estudo.....	78
3.2 Lócus do estudo: o município de Três Rios.....	78
3.2.1 Aspectos demográficos e econômicos.....	78
3.2.2 Rede de serviços de saúde.....	80
3.2.3 Assistência Farmacêutica no município de Três Rios.....	81
3.2.4 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.....	84
3.2.5 Estrutura Jurídica.....	85
3.3 Delimitação temporal do estudo	86
3.4 Fontes de dados.....	86

3.5 Etapas do estudo	88
3.5.1 Descrição da implantação e evolução do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009.....	88
3.5.2 Caracterização das estratégias implementadas pela gestão municipal para abordar a judicialização da saúde, a partir do ano de 2009.....	89
3.5.3 Análise do perfil de demandas judiciais e extrajudiciais contra o município de Três Rios-RJ, entre os anos de 2008 e 2021.....	92
3.5.4 Fatores positivos e negativos na abordagem da judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009.....	93
4 ASPECTOS ÉTICOS	95
5 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS PARA LIDAR COM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: O PAPEL DO NÚCLEO DE APOIO À PROCURADORIA ADJUNTA DE SUPORTE À SAÚDE	96
5.1 O Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ: uma história de sua implantação e evolução	96
5.1.1 Os antecedentes de criação do NAPASS.....	97
5.1.2 A reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios e o Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde como parte desse processo.....	99
5.1.3 A atuação e organização do NAPASS nos dias atuais.....	109
5.2 Caracterização das estratégias implementadas pela gestão municipal de Três Rios-RJ a partir de 2009	119
6 REFLEXOS DA IMPLANTAÇÃO DO NAPASS E REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ABORDAGEM DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TRÊS RIOS-RJ	124
6.1 Análise temporal da Judicialização no município de Três Rios no período de 2008 a 2021	124
6.2 Fatores positivos e negativos do município de Três Rios-RJ na abordagem da judicialização da saúde segundo a ótica da Análise SWOT	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXO A – Termo de Anuência da Prefeitura de Três Rios	162
ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria de Estado de Saúde.....	163

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, inserido como direito fundamental no arcabouço jurídico brasileiro pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), foi elevado a um princípio importante do Estado Democrático de Direito, que prevê como dever do Estado a promoção do bem-estar social (BRASIL, 1988).

Neste contexto, preconizado pelo art. 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que atenuem o risco de doença ou o seu agravamento. Isso significa que os poderes públicos das três esferas têm obrigação de desenvolver essas políticas, a fim de garantir o direito à saúde de todos (BRASIL, 1988).

Essas políticas de saúde, nos termos do art. 198, devem integrar as ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, organizado, porém, descentralizado, integral e com participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Esses valores são reafirmados na Lei nº 8.080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), denominada de Lei Orgânica da Saúde, quando menciona que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício de acordo com princípios e diretrizes específicas. O dever-poder de cuidar da saúde é de todos os membros da federação de forma integrada e sistematizada (BRASIL, 1988).

Com base nesse arcabouço legal, a população brasileira passou a usufruir o direito ao acesso à saúde de forma integral, universal, gratuita e sem discriminações de qualquer natureza (AITH, 2019).

Moreira (2022) reitera que, desde a sua criação, o SUS vem sofrendo com o subfinanciamento e, em tempos atuais, tal financiamento tornou-se ainda mais insuficiente em razão da limitação do teto de gastos, além da busca aos serviços médicos, aos exames clínicos e laboratoriais, aos médicos especialistas, aos estabelecimentos hospitalares, direito a leitos, e aos fármacos, sob a perspectiva dos princípios constitucionais da saúde pública.

Presença de lacunas nas políticas públicas ou falhas na sua aplicação por vários motivos ou, em contraposição, pedidos individuais solicitando procedimentos e tratamentos não incluídos na política de saúde despertam a população a buscar seus

direitos de forma progressiva no amparo do Poder Judiciário, ocasionando o fenômeno da judicialização da saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b).

No intuito de entender o fenômeno da judicialização das demandas da saúde pública no Brasil e seus impactos, alguns autores argumentam que há implicações negativas na governabilidade, nas finanças e na gestão das políticas e ações de saúde (VIEIRA, 2023; WANG, 2015). Pode também criar iniquidades no sistema de saúde, favorecendo aqueles que buscam o acesso através da justiça em detrimento daqueles que não o fazem ou não conhecem essa opção, principalmente em um país marcado por grandes desigualdades socioeconômicas (DRESCH, 2016; FERRAZ, 2020; VIEIRA, 2023; WANG, 2015).

Outros autores, contudo, destacam que a judicialização pode ter um impacto positivo ao apontar falhas sistêmicas na implementação das políticas de saúde, quando estas negam o acesso a bens e serviços de saúde aos quais o cidadão teria direito, por exemplo, por atrasos na avaliação das solicitações em nível administrativo, protocolos clínicos desatualizados ou falta de acompanhamento das portarias de políticas de saúde já instituídas (AITH *et al.*, 2014; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Nesse cenário, a judicialização da saúde no SUS é considerada de elevada complexidade pela dificuldade em estabelecer causas e efeitos, e compreendê-la tem sido um esforço empreendido por pesquisadores de todo o Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Ademais, a judicialização da saúde apresenta relevantes diferenças regionais que se refletem nos sistemas de assistência à saúde e no sistema de justiça (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b).

Segundo Schulze (2019), o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil vem crescendo de forma exponencial, uma vez que o número de demandas de saúde chegou a mais dois milhões em 2019, em comparação com 2011, que era pouco mais de duzentos e quarenta mil.

Esse fenômeno vem ganhando novos contornos e exigindo um debate mais profundo, inclusive com a entrada da instância máxima do Poder Judiciário, o Supremo Tribunal Federal (STF), que vem impulsionando, desde 2009, os Tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública. Dentre elas, algumas soluções construídas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que

constituem avanços institucionais do Judiciário na busca de reduzir a judicialização da saúde (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

A judicialização causa um efeito direto na organização e no orçamento da saúde pública das partes passivas, principalmente pela imprevisibilidade dos processos judiciais (ALBERT, 2016; WANG *et al.*, 2014).

Em âmbito municipal, quando o Poder Judiciário não respeita a lógica que permeia a organização federativa do SUS, pode resultar, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte, em um ônus orçamentário maior do que muitos deles podem suportar (ALBERT, 2016; WANG *et al.*, 2014). Considerando que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes e 90% menos de 50 mil, muitas dessas ações judiciais podem consumir parcela considerável do orçamento, de acordo com a complexidade e a heterogeneidade regional. Somado a tudo isso, existe a crescente criminalização dos gestores municipais de saúde que, na maioria das vezes, sofrem sanções de natureza pessoal pelo descumprimento de determinações judiciais que obrigam fornecimento de procedimentos e medicamentos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Na maioria das vezes, o Município é inserido no rol de réus e condenado ao pagamento de serviços, procedimentos e medicamentos que são de competência de outros entes, como Estados e União. Tal responsabilização eventualmente equivocada compromete os recursos financeiros disponíveis e põe em evidência discussões sobre a reserva do possível, a separação dos poderes, o ativismo judicial e a assistência à saúde no SUS (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016).

O autor do processo pode escolher em face de qual ente a demanda será ajuizada. No entanto, o desconhecimento do autor frente às competências de cada ente, associado ao fato de que a gestão municipal está no nível mais próximo do usuário do SUS e réu solidário, a demanda quase sempre recai para os Municípios brasileiros - onerando, em regra, as entidades com menor capacidade financeira.

Ademais, o congelamento dos repasses públicos decorrente dos efeitos da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 - na qual a progressiva e iníqua concentração de recursos públicos para grupos sociais restritos, e não necessariamente mais vulneráveis - vem impossibilitando a busca da equidade pela gestão do SUS e comprometendo a execução dos instrumentos de planejamento da gestão, quais sejam os Planos Municipais e a Programação Anual de Saúde.

Esse cenário não foi diferente no município de Três Rios-RJ, onde as determinações do Poder Judiciário passaram a representar importante obstáculo ao gerenciamento administrativo e orçamentário das ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além de um desvio da porta de entrada do SUS.

Diante disso, busca-se responder através da presente pesquisa a seguinte questão norteadora: Como um município de médio porte abordou o processo da intensa judicialização da saúde, no qual os gestores municipais reconheceram a especial complexidade desse problema?

Este estudo de caso apresentou, então, o Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS), implantado em 2009, como uma prática de gestão para abordagem da judicialização da saúde e analisou o resultado de suas ações no contexto local, a partir da priorização no exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos.

Essa dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O capítulo 1 aborda a contextualização temática do estudo, tratando dos fundamentos jurídicos e normativos da regulamentação do SUS e da saúde como direito, seguida de breve discussão sobre a Assistência Farmacêutica no SUS, no que tange aos seus componentes, financiamento e transferência dos recursos federais sob blocos de financiamento, bem como sobre as diversas Relações de Medicamentos Essenciais e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreendem as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, de acordo com a sua necessidade. Apresenta-se ainda um breve panorama e dados da judicialização da saúde no Brasil e a uniformização da jurisprudência atual nos Tribunais Superiores. O capítulo seguinte descreve o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa e o capítulo 3 detalha os caminhos metodológicos em consonância com os objetivos do estudo utilizados na sua consecução, apresentando o tipo, lócus e delimitação temporal do estudo e as fontes de dados utilizadas. O capítulo 4 dispõe sobre os aspectos éticos e os resultados do estudo encontram-se presentes nos dois capítulos subsequentes. São detalhadas as estratégias desenvolvidas no município de Três Rios para lidar com a judicialização da saúde, descrevendo a história de implantação e evolução do NAPASS; o processo de reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios e do NAPASS; e a atuação e organização deste Núcleo nos dias atuais, seguido da

caracterização das estratégias implementadas pela gestão municipal, a partir de 2009. Já o capítulo 6 apresenta resultados da implantação do NAPASS e reestruturação da Assistência Farmacêutica na abordagem da judicialização da saúde em Três Rios-RJ, fazendo uma análise temporal da judicialização no município no período de 2008 a 2021 e dos fatores positivos e negativos do município na abordagem da judicialização da saúde segundo a ótica da Análise SWOT. Fechando a dissertação, as considerações finais indicam o que foi possível compreender a partir dos resultados dessa estratégia municipal ao longo desse tempo de existência, como forma de contribuir na discussão de estratégias de enfrentamento do problema da judicialização em saúde no país.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

1.1 Fundamentos jurídicos e normativos da regulamentação do Sistema Único da Saúde

1.1.1 A Constituição Federal de 1988 e a saúde como direito: uma breve análise

Não se pode afirmar que as Constituições anteriores a de 1988 foram totalmente omissas quanto à questão da saúde, já que todas apresentavam normas tratando dessa temática. No entanto, a CF/1988 foi pioneira em considerá-la como direito social fundamental, demonstrando uma estreita sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos (BRASIL, 1988).

De acordo com a égide do artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, art. 25).

O art. 1º da CF/1988 caracteriza a ideia de Estado Democrático de Direito, baseado na dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais: (a) a liberdade; (b) igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; (c) o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público (BRASIL, 1988).

O art. 196 da CF/1988 define a saúde como direito, sugerindo um conceito de saúde ampliado, para além do simples estado de “não doença”:

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A efetividade dessa conquista passava pela articulação em torno de um sistema nacional, no qual pudesse ser alicerçada a base da formulação, a organização e o financiamento das ações de promoção e cuidado. Essa articulação se deu por meio das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que criaram o SUS (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS, estabelecendo a competência e as atribuições de cada esfera de governo, regulando as ações e serviços de saúde em todo território nacional, bem como definindo as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação da comunidade e complementação do setor privado (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das conferências e conselhos de saúde. Trata, também, da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde, bem como das definições para as transferências intergovernamentais (BRASIL, 1990b).

O processo de implantação do SUS tem sido orientado por Normas Operacionais Básicas (NOB), Resoluções, Portarias e Decretos, os quais definem as competências de cada esfera de governo e as condições para que Estados e Municípios possam assumir as ações de saúde.

Pelo viés municipalista, o art. 7º da Lei nº 8.080/1990 consagrou a descentralização político-administrativa do Sistema, predita no art. 198 da CF/1988. Nesse sentido, a NOB-SUS 1/1996 (BRASIL, 1996)¹, o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a)² o anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS/2017 (BRASIL, 2017b)³ e o anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS/2017

¹ Tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do DF, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (BRASIL, 1996).

² Regulamentou a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011a).

³ Aprovou a Política Nacional da Atenção Básica.

(BRASIL, 2017b)⁴ nortearam o ente municipal na organização e na execução das ações e dos serviços de saúde.

Em termos político-administrativos, os municípios, através de suas Secretarias de Saúde, tornam-se responsáveis pelos processos inerentes à condição humana de saúde-adoecimento, através do planejamento, da organização, controle, avaliação e execução das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, a partir das necessidades da sua população. Assim, esses processos permeiam o Plano Municipal de Saúde que, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, é levado às instâncias regional e estadual nas suas respectivas Comissão Intergestores Regionais e Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Essas instâncias avaliam e legitimam as demandas locais, dando prosseguimento à inclusão dessas na rede de atenção e possibilitando ao Município, pleitear recursos financeiros do Estado e/ou da União para o atendimento dessas demandas (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016; SOUSA, 2020).

Além da Leis Orgânicas da Saúde, o financiamento do SUS é normatizado pela Lei Complementar nº 141/2012⁵, que nos seus primeiros artigos definem o que são gastos com saúde, no sentido de esclarecer quais ações e serviços podem ou não ser financiados com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde. Por este instrumento, foi regulamentada a obrigatoriedade do ente municipal de investir, no mínimo, 15% das receitas correntes líquidas com serviços e ações em saúde; e, os Estados 12% da sua receita corrente líquida em saúde (BRASIL, 2012). No caso do investimento da União, a Emenda Constitucional nº 86/2015 alterou a vinculação das receitas em saúde para percentual de 10% da Receita Corrente Líquida, resultando em menos recursos para o SUS.

Nesses termos, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) aduz que os municípios são o ente político-administrativo que mais direcionam e comprometem suas receitas, pois gastam em média 22% de suas receitas, acima dos 15% previstos em Lei. Relata, ainda, que essa situação é preocupante, considerando que os

⁴ Instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS.

⁵ Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88, definindo valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, além de estabelecer critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

municípios de grande porte (minoria dentro da nossa Federação, em torno de 11,4%) contam com uma estrutura de arrecadação de receitas próprias de maior robustez se comparada aos municípios médios e pequenos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016).

Nesse contexto, o subfinanciamento histórico e o desfinanciamento das políticas públicas de saúde promovido pela União e alguns Estados, somado ao fenômeno da judicialização, torna-se mais perverso nos pequenos municípios, ou seja, naquelas localidades cujas receitas próprias contribuem minimamente à execução da política pública (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016). Contudo, isto se contrapõe a Biehl *et al.* (2012) e a outros autores, que dizem que os gestores não aplicam corretamente os recursos (FREITAS; FONSECA; QUELUZ, 2020).

Santos e Campos (2022, p. 172-173) ressaltam que

o contrato organizativo da ação pública da saúde⁶, conforme expresso no Decreto nº 7.508, de 2011, é um importante elemento de agregação das ações e serviços de saúde dos entes federativos na região de saúde quanto ao estabelecimento das responsabilidades federativas em relação ao SUS. Contudo, ante a falta de compreensão das bases jurídico-teóricas do SUS, o contrato não foi bem compreendido. Tem-se preferido que a pactuação nas instâncias deliberativas do SUS permaneça sem lastro contratual a impor segurança jurídica ao cumprimento das responsabilidades federativas. Diante disso, não se levam a cabo os deveres de cada um dos entes quando esses não são cumpridos, tampouco se permite o aperfeiçoamento desse instrumento pela via factual, o que lastrearia cada vez mais o cumprimento das obrigações de uns com os outros em favor de um SUS responsivo, consolidado e aperfeiçoado permanentemente. Essas dificuldades decorrem da falta de compreensão jurídica adequada do SUS, um dos desafios jurídicos do SUS.

Por fim, os autores afirmam que “os complexos aspectos jurídico-administrativos e sanitário do SUS precisam ser mais aprofundados, compreendidos, sistematizados para uma atuação harmoniosa, com menor judicialização possível” (SANTOS; CAMPOS, 2022, p. 176).

⁶ O contrato organizativo da ação pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo. O contrato garantirá uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira, o centro do SUS (BRASIL, 2011c).

1.2 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Esta seção se justifica pela relevância que a Assistência Farmacêutica apresenta no contexto da política nacional de saúde, como disciplina a Lei nº 8.080/1990, em seu art. 6º, que assegura a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos entre os campos de atuação do SUS. Além disso, a qualificação do acesso aos medicamentos essenciais no SUS é fundamental para prevenção e enfrentamento da judicialização, principalmente no campo da Assistência Farmacêutica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma política farmacêutica nacional é

[...] um compromisso com um objetivo e uma guia para ação. Expressa e prioriza as metas de médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas. Abrange os setores público e privado e envolve todos os protagonistas no âmbito farmacêutico (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009).

A OMS reforça os principais objetivos de uma política farmacêutica, quais sejam: a) o acesso a medicamentos que incluem uma disponibilidade equitativa e acessibilidade dos medicamentos essenciais; b) a qualidade, inocuidade e eficácia de todos os medicamentos e a promoção do uso terapêutico, racional e economicamente eficiente, dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde e usuários. É importante destacar que as metas e os objetivos mais específicos de uma política farmacêutica nacional dependem da situação de cada país, da política nacional de saúde e das prioridades políticas estabelecidas pelo governo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Por este motivo, a garantia do acesso de sua população a medicamentos essenciais com qualidade e a promoção do seu uso racional ainda se configuram como um desafio para os sistemas de saúde.

Neste contexto de desenvolvimento das políticas farmacêuticas, destaca-se a publicação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, por meio da Portaria nº 3.916, do Ministério da Saúde, considerado um marco de inclusão da Assistência Farmacêutica enquanto política pública, trazendo definições claras de finalidades,

objetivos e conjunto de atividades coerentes com os princípios constitucionais do direito à saúde (BRASIL, 1998b).

A Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é uma legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no Brasil. Essa lei estabelece as diretrizes e os procedimentos para a promoção, proteção e recuperação da saúde pública por meio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços que possam oferecer riscos à saúde. O SNVS é composto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelas autoridades sanitárias estaduais, distrital e municipais, e tem como objetivo principal proteger a saúde da população, garantindo a segurança e eficácia de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária - tais como alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos para saúde, entre outros. Ainda, estabelece as competências da ANVISA, que incluem a promoção da proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços, a promoção da pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em vigilância sanitária, o estabelecimento de normas e padrões para produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, entre outras. Além disso, a Lei estabelece que a Agência deve promover a integração e a articulação do SNVS com outros órgãos e entidades da administração pública, e de incentivar a participação da sociedade na definição das políticas de saúde (BRASIL, 1999a).

Logo, a Lei nº 9.782/1999 é de extrema importância para a saúde pública no Brasil, pois estabelece as diretrizes e os procedimentos para o controle sanitário de produtos e serviços que possam oferecer riscos à saúde da população. Com essa lei, a ANVISA tem as competências necessárias para exercer sua função de proteger a saúde da população, garantindo a segurança e eficácia dos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.

Ainda nesse período, a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, trata da regulamentação da fabricação, comercialização e controle de medicamentos genéricos em produtos farmacêuticos no país (BRASIL, 1999b). O medicamento genérico é

[...] similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI) (BRASIL, 1999b).

Isto posto, outro ponto importante dessa legislação é a obrigatoriedade da prescrição por princípio ativo, ou seja, o médico deve indicar o nome em DCB ou DCI, e não o nome comercial do produto. Isso permite que o paciente tenha mais opções na hora de comprar o medicamento, já que poderá optar pelo genérico ou pelo medicamento de referência. A Lei estabelece que os medicamentos genéricos devem ser vendidos a um preço menor que o medicamento de referência, o que estimula a concorrência e reduz o custo dos medicamentos para o consumidor.

Por conseguinte, a Lei nº 9.787/1999 teve um impacto significativo no mercado farmacêutico brasileiro, incentivando a produção e comercialização de medicamentos genéricos, que hoje representam uma parcela significativa do mercado. Isso tem contribuído para o acesso da população a medicamentos mais baratos e de qualidade, além de estimular a pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos no país.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução nº 338/2004, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde, definindo a Assistência Farmacêutica como

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, art. 1º Inciso II).

A partir de sua publicação, as normas e diretrizes da PNAF, além da Política Nacional de Medicamentos, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira, e seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados e contribuem para o fortalecimento dos direitos constitucionais, devendo ser consideradas como políticas sociais, promovendo um conjunto de benefícios aos usuários do SUS.

Um marco importante na recomposição do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS foi a Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que passa a ser organizada em blocos com a criação de um específico para a Assistência Farmacêutica. Esse bloco de financiamento foi constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CESAF) e

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEAF), cujas responsabilidades de execução e financiamento entre os entes são regulamentadas por portarias específicas atualizadas periodicamente (BRASIL, 2007a).

Em 2011, com a edição da Lei nº 12.401, que altera a Lei Orgânica da Saúde, foram estabelecidas a assistência terapêutica integral e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. A assistência terapêutica integral foi definida como:

[...] dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P [...].

[...] Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - Com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - No âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2011b).

A referida Lei criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT). Tendo em vista maior agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes, denominada custo-efetividade. A Lei ainda estabelece a exigência do registro prévio do produto na Anvisa, com precificação pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento (CMED), para que este possa ser avaliado para a incorporação no SUS (BRASIL, 2011b).

À vista disso, é imprescindível ressaltar que a Lei nº 12.401/2011 veda, em

todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa (BRASIL, 2011b).

Cabe aqui elucidar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

[...] são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (BRASIL, 2023).

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia são

[...] documentos baseados em evidência científica que visam nortear as melhores condutas na área da Oncologia. A principal diferença em relação aos PCDT é que, por conta do sistema diferenciado de financiamento dos procedimentos e tratamentos em oncologia, este documento não se restringe às tecnologias incorporadas no SUS, mas sim, ao que pode ser oferecido a este paciente, considerando o financiamento repassado aos centros de atenção e a autonomia destes na escolha da melhor opção para cada situação clínica (BRASIL, 2023).

As mudanças trazidas pelo novo sistema de avaliação em tecnologia em saúde para auxiliar nas decisões sobre incorporações de tratamentos deixaram forte impressão de que foram criadas pelo Ministério da Saúde para respaldo à judicialização da saúde (VASCONCELOS; WANG, 2020).

É relevante destacar que, em 2017, houve a extinção dos blocos de financiamento através da Portaria nº 3.992. No entanto, a organização do acesso à medicamentos na Rede de Atenção à Saúde ainda se mantém vinculada aos Componentes da Assistência Farmacêutica no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, como um grupo de ações específicas (BRASIL, 2017f).

O elenco de medicamentos financiados pelos componentes da Assistência Farmacêutica é contemplado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a seleção de medicamentos indicados para atendimento

de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

A Assistência Farmacêutica representa hoje um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito do SUS e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo desse recurso crucial pode acarretar grandes desperdícios, deficiências de acesso e, conseqüentemente, aumento da judicialização da saúde.

É importante destacar que a informação pode ser uma ferramenta poderosa para aprimorar as políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere aos critérios técnicos utilizados para escolha dos medicamentos que integram as listas que compõem a Política de Assistência Farmacêutica. Ao disponibilizar informações claras e precisas sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica aos atores envolvidos, é possível aumentar a transparência, a participação da sociedade nesse processo e uma prescrição qualificada aos pacientes. Nesse tocante, o desconhecimento dessas políticas pode favorecer o aumento do fenômeno da judicialização da saúde.

1.2.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O CBAF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos para os agravos e programas de saúde comuns no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017b). Via de regra, são os medicamentos de uso mais usual pela população e com custos relativamente mais baixos, quando considerados individualmente.

O financiamento e a execução do CBAF foram normatizados pelas Portarias nº 1555, de 30 de julho de 2013, e nº 2.001, de 3 de agosto de 2017. Em 2017, com a consolidação das normas sobre o financiamento e as políticas de saúde pelo Ministério da Saúde, essas regras passaram a compor “Portarias de Consolidação”, que estão vigentes atualmente no Anexo XXVIII, Título III, da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b); no Título V, da Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e); e na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d).

O financiamento do CBAF é de responsabilidade da União, dos Estados, do

Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação de valores mínimos, por habitante, de seus orçamentos próprios. Os recursos federais e estaduais são repassados mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2017e).

O ciclo da Assistência Farmacêutica dos medicamentos e insumos do CBAF são realizados pelos Municípios e pelo Distrito Federal. Contudo, é possível que haja pactuação entre Estado e Municípios na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pela Secretaria Estadual de Saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por Consórcios de Saúde (BRASIL, 2017b).

Os estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde, de forma descentralizada, dos medicamentos e insumos do CBAF, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se:

- a) Aquisição de medicamentos e insumos constantes nos Anexos I e IV da RENAME vigente, incluindo: medicamentos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (sulfato ferroso e ácido fólico); medicamentos do CBAF indicados no PCDT para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no CEAF; insumos para diabetes - glicosímetro, lancetas para punção digital, seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina e tiras reagentes de medida de glicemia capilar (BRASIL, 2017b, 2017d, 2017e);
- b) Insumos para manipulação de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos: insumos para preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS, conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição; plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS (BRASIL, 2017b, 2017d, 2017e).

Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml e dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher para Atenção Primária à Saúde, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo que o responsável

pela distribuição aos municípios pode ser o próprio Ministério ou as SES, dependendo do item e do porte do município (BRASIL, 2017b, 2022b).

Além disso, o Ministério da Saúde é responsável pelo repasse financeiro anual referente ao CABF no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2022b).

As regras de financiamento e execução do CBAF são apresentadas de forma resumida no Quadro 1.

Quadro 1 - Regras de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Elenco	Financiamento	Aquisição	Distribuição aos municípios	Dispensação
Medicamentos (Anexo I da RENAME) • Insumos Farmacêuticos (Anexo IV da RENAME) • Insumos para manipulação de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos	• MS: repasse fundo a fundo de no mínimo R\$ 5,58/hab./ano • SES: repasse fundo a fundo de no mínimo R\$ 2,36/hab./ano • SMS: aplicação mínima de R\$ 2,36/hab./ano • O DF deve aplicar, no mínimo, a soma dos valores definidos para estados e municípios	SMS	----	SMS
Programa Saúde da Mulher • Contraceptivos (Anexo I da RENAME) • DIU e diafragma (Anexo IV da RENAME)	MS	MS	• MS: ao DF, às capitais dos estados e aos municípios com ≥500 mil habitantes • SES: aos municípios com < 500 mil habitantes	SMS
Insulina humana NPH e regular	MS	MS	SES	SMS

Legenda: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Dispositivos Intrauterinos (DIU); Distrito Federal (DF); Ministério da Saúde (MS); Secretaria Estadual de Saúde (SES); Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 85).

Pontes *et al.* (2017) relatam que apesar da evolução dos marcos regulatórios da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, os desafios para sua estruturação ainda são inúmeros e muitos são os fatores que comprometem a qualidade da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros, entre eles está a insuficiência de recursos financeiros.

1.2.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O CESAF destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis (BRASIL, 2017e, 2022b).

As normas de financiamento do CESAF constam na Portaria de Consolidação nº 6/2017 (BRASIL, 2017e). E o elenco de medicamentos e insumos é apresentado nos Anexos II e IV da RENAME 2022 (BRASIL, 2022b).

Os medicamentos do elenco do CESAF são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS (BRASIL, 2017e, 2022b).

O CESAF garante o acesso aos medicamentos e insumos para as seguintes patologias:

[...] tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, filariose, tracoma, meningite, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, hepatite, dengue, micoses sistêmicas, lúpus, febre maculosa, brucelose, bem como outras doenças que atendam aos critérios do Componente (BRASIL, 2017e; 2022b, p. 14-15).

O CESAF também garante o fornecimento dos insumos e medicamentos destinados ao

[...] controle do tabagismo, à influenza, à prevenção ao vírus sincicial respiratório, à intoxicação por cianeto, à alimentação e nutrição, à hepatite, aos hemocomponentes, a coagulopatias e hemoglobinopatias, às imunoglobulinas, à IST/aids, às vacinas e aos soros (BRASIL, 2017e; BRASIL, 2022b, p. 15).

Os medicamentos e insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde são entregues aos almoxarifados das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que realizam a distribuição aos municípios. O acesso aos medicamentos e insumos se dá em farmácias e dispensários públicos municipais, mas, também, em unidades dispensação de hospitais e serviços especializados, devido à diversidade de

indicações. Destaca-se que o Ministério da Saúde adquire os medicamentos e insumos deste Componente por intermédio de diferentes áreas:

[...] tratamento de hepatites virais e HIV, pela Secretaria de Vigilância em Saúde; vacinas e soros, pelo Programa Nacional de Imunizações; medicamentos para o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; e os demais medicamentos, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (BRASIL, 2017e, 2022, p. 15).

Os principais aspectos da operacionalização do CESAFA estão sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Financiamento e execução do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Elenco	Financiamento e aquisição	Distribuição aos municípios	Indicação	Dispensação
Medicamentos Anexo II da RENAME Insumos Farmacêuticos Anexo IV da RENAME	MS	SES	Medicamentos Anexo II da RENAME Insumos farmacêuticos Anexo IV da RENAME	SMS
			IST/Aids	SMS
			Hemoderivados e pró-coagulantes para doenças hematológicas	SES e SMS
			Soros e imunoglobulinas para picadas de animais peçonhentos	Em hospitais de referência
			Vacinas	SMS

Legenda: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Infecção Sexualmente Transmissível/doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (IST/aids); Ministério da Saúde (MS); Secretaria Estadual de Saúde (SES); Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 88).

1.2.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados

pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b). Trata-se, geralmente, dos medicamentos de alto custo unitário e agregado destinados a tratamentos mais complexos.

É importante esclarecer que, em virtude do caráter emergencial das solicitações de Imunoglobulina Humana, via CEAF/RJ, para Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Síndrome de Guillain-Barré e Síndrome Inflamatória Pediátrica Associada a Covid-19, há um fluxo de rotina e um excepcional, no qual o hospital deve possuir em seu estoque o medicamento caso necessite utilizar imediatamente no seu paciente até a aprovação pelo setor de análise técnica (RIO DE JANEIRO, 2021b).

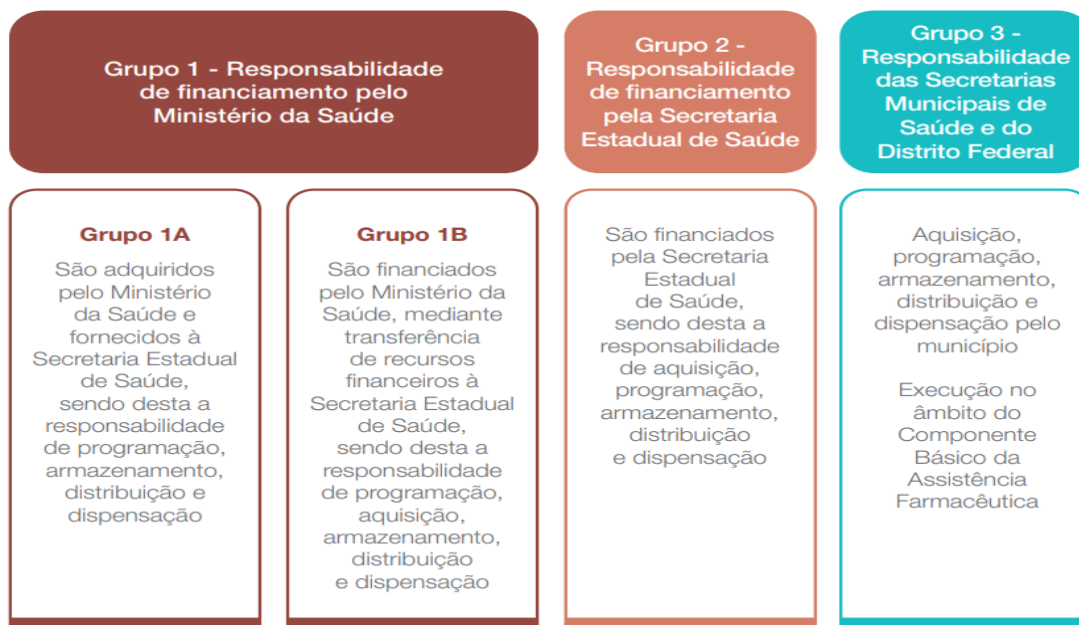
O financiamento e a execução do CEAF foram normatizados pelas Portarias nº 1554, de 30 de julho de 2013 e nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. Essas regras foram incorporadas às Portarias de Consolidação atualmente vigentes:

- a) Anexo XXVIII, Título IV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b);
- b) Título V, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e).

O elenco de medicamentos contemplados pelo CEAF está definido no Anexo III da RENAME (BRASIL, 2022b) e atendia, quando da publicação da versão 2022 da Relação, 102 condições clínicas preconizadas em 93 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O acesso aos medicamentos será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas, mostrados na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Grupos de medicamentos e outros produtos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



Fonte: BRASIL, 2020, p. 90.

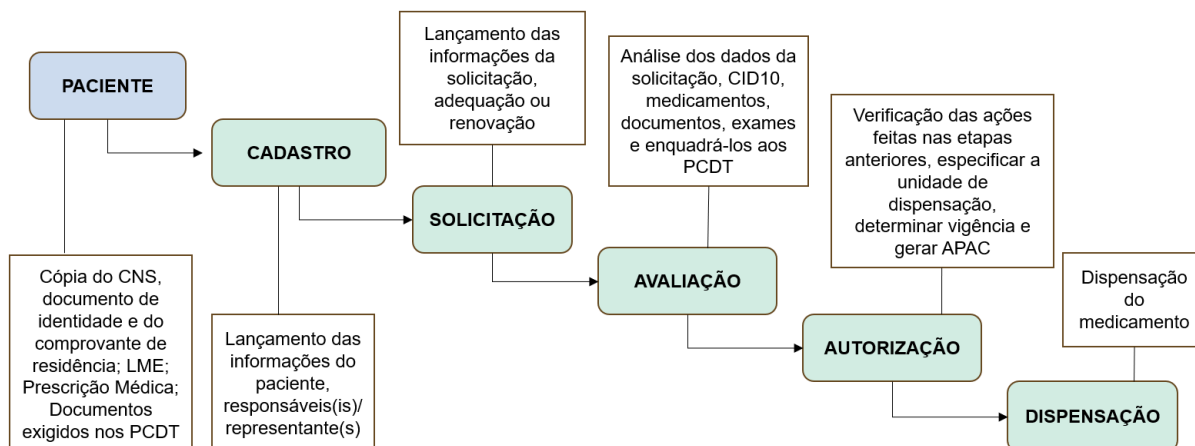
Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 somente são autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID10), constantes do Anexo III da RENAME vigente. Esses constam também na Tabela do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP⁷) no Grupo 06 (Medicamentos), particularmente, no Subgrupo 04 (CEAF). Isto é importante, pois facilita a busca dos medicamentos elencados com os seus CID10 autorizados.

Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do anexo I (CBAF) da RENAME 2022, não há necessidade de autorização prévia (BRASIL, 2017b) e não estão presentes no SIGTAP.

A execução do CEAF envolve as etapas de cadastro, solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento, conforme ilustrado na Figura 2, a seguir.

⁷ Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, acessado em 17 de abril de 2023.

Figura 2 - Fluxo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



Legenda: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC); Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME); Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Fonte: Elaboração da autora a partir do Roteiro de Uso do Hórus-Especializado (BRASIL, 2018).

Para acessar aos medicamentos do CEAF são exigidos os seguintes documentos:

- para início de tratamento: cópia do Cartão Nacional de Saúde, do documento de identidade e do comprovante de residência; Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME⁸); prescrição médica; documentos exigidos nos PCDT, conforme a doença e o medicamento solicitado (BRASIL, 2018);
- para renovação da continuidade do tratamento: LME para solicitação de medicamentos; prescrição médica; documentos exigidos nos PCDT para monitoramento do tratamento (BRASIL, 2018).

⁸ O Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME) para solicitação de medicamentos é um documento oficial, disponível no portal do MS, utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do CEAF. Esse documento pode ser impresso ou preenchido de forma eletrônica pelo médico responsável pelo atendimento do paciente. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. O LME terá 60 dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico (BRASIL, 2017b). Está disponível para preenchimento manual ou eletrônico no site: <https://www.saude.rj.gov.br/medicamentos/medicamentos-especializados/como-ter-acesso>, acessado em 17 de abril de 2023.

É importante ressaltar que os pacientes provenientes dos serviços particulares e da saúde suplementar podem se cadastrar, bastando que o LME seja emitido por médicos vinculados a consultórios/clínicas particulares inscritos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES). O profissional médico deve buscar informação junto às Secretarias Municipais de Saúde sobre como proceder ao cadastro de seus pacientes de acordo com os PCDT existentes. Essa iniciativa, possivelmente, melhoraria o acesso e uso racional de medicamentos, bem como evitaria uma eventual judicialização da saúde, mas nem sempre é seguida pelos profissionais de saúde.

1.2.4 Relações de Medicamentos Essenciais

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) compreende “a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2022b). É previsto que, a cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME e do respectivo Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2011a).

A RENAME é uma das diretrizes norteadoras para a Assistência Farmacêutica, subsidia a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, bem como promove o uso racional de medicamentos. Ela é

[...] elaborada atendendo aos princípios doutrinários fundamentais do SUS da Universalidade, da Equidade e da Integralidade, e configura-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Os fundamentos para a atualização da RENAME estão estabelecidos em legislação normativa pactuada entre as três esferas de gestão do SUS. Com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada. A lista deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros critérios, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis. A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passou a ser responsável por propor a atualização da RENAME (BRASIL, 2022b).

Os medicamentos e insumos farmacêuticos da RENAME são financiados pelas três esferas de gestão do SUS, de acordo com pactuações entre os referidos três

gestores, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁹, e regulamentações em portarias específicas, atualizadas periodicamente (BRASIL, 2011b).

A RENAME está estruturada em cinco anexos com descrição do grupo de financiamento da Assistência Farmacêutica ao qual pertencem, quando for o caso (BRASIL, 2022b, p. 21):

- I- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
- II- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
- III- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- IV- Relação Nacional de Insumos.
- V- Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

A RENAME é uma lista de referência para nortear as listas de medicamentos estaduais, denominadas de Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME), e as listas municipais, de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (BRASIL, 1998b). Para facilitar a operacionalização do acesso a medicamentos, os municípios de uma região de saúde podem estabelecer uma Relação Regional de Medicamentos Essenciais (REREME) - (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL HESIO CORDEIRO, 2019).

A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na ANVISA (BRASIL, 2011a).

A Figura 3, a seguir, sumariza, de forma esquemática, as listas de medicamentos essenciais do SUS:

⁹ A CIB e a CIT são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde. Cada estado compõe sua CIB, com a representação do gestor estadual e de alguns municípios. Os representantes da gestão municipal são definidos pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Participam da CIT os gestores das três esferas de governo. Os gestores estaduais e municipais são representados, respectivamente, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 1990a).

Figura 3 - Listas de medicamentos essenciais do SUS



Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).
Fonte: BRASIL, 2020, p. 78.

Os gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal também podem ampliar a lista de medicamentos padronizados a partir da disponibilização de medicamentos não padronizados na RENAME, considerando questões locais de saúde pública. Nessa situação, a aquisição dos medicamentos deve ser custeada com recursos próprios do ente federado, sendo que é obrigatório que o elenco complementar de medicamentos seja aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e que conste no Plano de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, conforme Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2011b, 2012).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, aduz em seu art. 20 que: “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011a). Dispõe, ainda, em seu art. 28, que:

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;**
- II - Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;**
- III - Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e**
- IV - Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS**

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado (BRASIL, 2011a, art. 28, grifo nosso).

Pelo exposto acima, considerando que toda ação judicial postulando a concessão de medicamento ou tratamento exige uma prescrição médica, não é incomum, nos processos judiciais encontrar-se apenas uma prescrição de médico particular. Nestes casos, o agente do SUS não deveria fornecer o medicamento ou o tratamento. Deveria, primeiramente, inserir o cidadão na rede e permitir que ele seja avaliado por um médico do SUS, especialmente para analisar: a) se aquele tratamento está incorporado; b) se existe tratamento equivalente no SUS, na hipótese de inexistir incorporação da tecnologia em saúde.

Esta lógica do SUS não deveria ser alterada pelo Poder Judiciário, pois se trata de um modelo de saúde que já contempla o acesso universal não apenas a medicamentos, mas a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ressalta-se que quando se solicita dispensação medicamentosa a partir de um receituário ou laudo médico particular vai de encontro aos pressupostos insertos nas normativas vigentes e os princípios do SUS, em específico a Igualdade e Equidade.

1.2.5 Acesso a medicamentos oncológicos

Considerando que os medicamentos oncológicos são frequentemente objetos de judicialização e que, diferentemente dos medicamentos da RENAME, o financiamento destes não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, conhecer as legislações vigentes é fundamental na gestão de Saúde Pública.

A Assistência Oncológica é um componente da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS instituída no anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

O Plano Oncológico do Estado do Rio de Janeiro, com vigência de 2017/2021, contém os seguintes eixos prioritários: promoção da saúde e prevenção do câncer; detecção precoce/diagnóstico; tratamento; medicamentos; cuidados paliativos e regulação do acesso (RIO DE JANEIRO, 2017).

A Portaria da Secretaria de Atenção Especializada a Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, redefine os critérios e

parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS e, no seu anexo I, caracteriza os estabelecimentos de saúde habilitados como Centros de Assistência Especializada em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou autorizados com Serviço Isolado de Radioterapia no serviços oncológicos especializados (BRASIL, 2019).

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Deliberação CIB-RJ nº 5.892 de 19 de julho de 2019, pactua as referências da Rede de Alta Complexidade em oncologia (RIO DE JANEIRO, 2019).

Portanto, os estabelecimentos de saúde habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente independentemente de ser a natureza do estabelecimento de saúde pública ou privada. A assistência especializada abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2019).

Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações tumorais e finalidades específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Desta forma, cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015).

Mais recentemente, a Portaria nº 2, de 3 de janeiro de 2022, do Ministério da Saúde, incluiu o campo "Medicamentos Antineoplásicos Informados" na tela de dados complementares de quimioterapia da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), quando registrado procedimento principal de quimioterapia, para seleção dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de pacientes com câncer. Este campo está disponível no Grupo 03 (Procedimentos Clínicos), Subgrupo 04 (Tratamento em Oncologia) e Formas de Organização de 02 a 08 (Quimioterapias) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2022a).

Segundo o primeiro Parágrafo do art. 1º, o preenchimento é de caráter obrigatório e a seleção de um ou mais medicamentos envolverá lista pré-definida,

elaborada pela Coordenação Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, com base no registro dos medicamentos disponíveis na ANVISA (BRASIL, 2022b).

Ressalta-se que, embora inclua medicamentos, a Assistência Oncológica no SUS não se constitui, conceitual e operacionalmente, em Assistência Farmacêutica - a que, no geral e equivocadamente, se costuma resumir o tratamento do câncer, cujo componente federal se inclui no bloco de financiamento da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade e é ressarcida por meio de procedimentos específicos (cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos e iodoterápicos). Assim, quimioterápicos antineoplásicos não estão incluídos na RENAME (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019).

Desta forma, o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde em regra não fornecem diretamente medicamentos contra o câncer. O fornecimento de medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC, do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Os medicamentos devem ser fornecidos pelos estabelecimentos habilitados e são posteriormente ressarcidos conforme o código do procedimento informado na APAC, e cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital; e é a respectiva Secretaria de Saúde gestora que repassa o recurso recebido do Ministério da Saúde para o hospital conforme o código do procedimento informado (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015).

Vale salientar que o referido instrumento administrativo (APAC) não é a única forma de financiamento público para cobertura da assistência prestada no SUS, como comumente se imagina. Essa visão imbui um viés mercadológico que não deve ditar a lógica de financiamento do Sistema. O SUS se mantém mediante outros formatos diversos de investimentos e custeio: ressarcimento por produção; incentivos (por metas ou por oferta de serviços específicos); orçamentos públicos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; convênios para execução de construções e reformas e aquisição de equipamentos e insumos; beneficência e filantropia; entre outros. Desta forma, a gestão do recurso público repassado à instituição e a sua correta utilização são de responsabilidade do estabelecimento regularmente habilitado, que deve se organizar para que a assistência aos pacientes seja integral e

tempestiva (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015).

Assim, os estabelecimentos habilitados na Alta Complexidade em Oncologia sempre tiveram e continuam a ter, independentemente dos processos de incorporação e efetivação da oferta de tecnologias em saúde no SUS, autonomia para ofertar aos seus pacientes o tratamento quimioterápico com os medicamentos padronizados pelo estabelecimento (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015).

Em síntese, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os hospitais credenciados no SUS e habilitados em oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos. É importante destacar que a inserção de pacientes nesses serviços é mediada pela área de regulação assistencial do município e do estado (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015).

Há situações específicas no qual o Ministério da Saúde realiza compra centralizada e distribuição às SES, para posterior envio aos CACON e às UNACON, conforme demanda e condições exigidas para cada de medicamento antineoplásico. O Ministério da Saúde teve como objetivo “corrigir desvios de codificação, reduzir o custo dos tratamentos e, principalmente, aumentar o acesso da população ao tratamento” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

O Quadro 3, a seguir, contém o rol de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 3 - Medicamentos oncológicos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, de acordo com os Protocolos de uso com as respectivas Portarias

Medicamentos	Protocolos de uso com as respectivas Portarias
Talidomida	- Quimioterapia do mieloma múltiplo (Portaria SAS/MS 298/2013, retificada) - Anemia em virtude da síndrome mielodisplásica e resistente à epoetina (Portaria SAS/MS 493/2015)
Mesilato de imatinibe	- Quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (Gist) do adulto (Portaria SAS/MS 494/2014) - Quimioterapia da leucemia mieloide crônica (LMC) (Portarias SAS/MS 114/2012 e 1.219/2013, retificada em 7/1/2015) - Quimioterapia da leucemia linfoblástica aguda (LLA) (Portarias SAS/MS 115/2012 e 312/2013) - Síndrome hipereosinofílica (Portaria SAS/MS 783/2014)
Dasatinibe	- Nas fases crônicas, de transformação e blástica, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do nilotinibe e não houver possibilidade ou indicação de transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH-AL)
Nilotinibe	- Nas fases crônica e de transformação, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do dasatinibe e não houver condições clínicas para TCTH-AL para a quimioterapia de segunda linha da leucemia mieloide crônica do adulto (Portaria SAS/MS 103/2015)
Trastuzumabe	- Quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio inicial (I ou II) e para a quimioterapia prévia e adjuvante de carcinoma de mama localmente avançado (estágio III) (Portarias SAS/MS 73/2013 e Conjunta SAS e SCTIE/MS 19, de 3/7/2018) - Tratamento do câncer de mama HER-2 positivo metastático em primeira linha de tratamento (Portaria Conjunta SAS e SCTIE/MS 5/2019)
Trastuzumabe + pertuzumabe	- Quimioterapia paliativa (com metástase visceral – exceto exclusivamente cérebro) do câncer de mama localmente avançado HER-2 positivo para pacientes em primeira linha de tratamento metastático que não tenham recebido trastuzumabe previamente (Portaria Conjunta SAS e SCTIE/MS 5/2019)
Rituximabe	- Quimioterapia do linfoma difuso de grandes células B e linfoma folicular (Portaria SAS/MS 103/2015)

Fonte: Elaboração da autora a partir de Informe SUS-ONCO (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

O custo dos medicamentos para tratamento de pessoas com câncer é um dos maiores desafios dos sistemas de saúde no mundo todo. No Brasil, muitos desses medicamentos de altíssimo custo são solicitados judicialmente, sejam eles prescritos ou não pelos CACON ou UNACON, inclusive alguns já incorporados pela CONITEC que não cabem nos valores da APAC, e outros nem sequer avaliados. Nesse contexto, os municípios não deveriam ser o ente responsável pelo seu fornecimento, em consonância com as normativas infralegais explicitadas acima (PORTELLA; TRAVESSO, 2022).

1.3 Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende “todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde”, que são pactuadas pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores e em consonância com as suas responsabilidades (BRASIL, 2011a).

É na RENASES, portanto, que constam todos os produtos (órgãos, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos) e demais procedimentos (exames, procedimentos cirúrgicos, tratamentos ambulatoriais e hospitalares) disponíveis no sistema público de saúde.

A RENASES é dividida em cinco partes, a saber: a) Ações e Serviços da Atenção Primária; b) Ações e Serviços da Urgência e Emergência; c) Ações e Serviços da Atenção Psicossocial; d) Ações e Serviços de Atenção Especializada, esta subdividida em Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia Especializada e Atenção Hospitalar; e) Ações e Serviços da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017e).

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, determina, em seu art. 8º, que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011a). Dispõe, ainda, em seu art. 9º, que

são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - De atenção primária;
- II - De atenção de urgência e emergência;
- III - De atenção psicossocial; e
- IV - Especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011a, art. 9).

Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas “portas de entrada”. Assim, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária à Saúde, que deve ser fundado na

avaliação da gravidade do risco individual e coletivo em critério cronológico (BRASIL, 2011a).

Desta forma, para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, os entes federativos devem garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Ressalta-se que a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do SUS, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2017c).

A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a RENASES no âmbito do SUS. As ações e serviços de saúde descritos na RENASES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, que são oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS (BRASIL, 2017a).

Por conseguinte, a Política Nacional de Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, segundo as competências da gestão tripartite do SUS: a) Regulação de Sistemas de Saúde; b) Regulação da Atenção à Saúde; c) Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2017b).

Os mecanismos de regulação são implementados por meio de sistemas regulatórios intrincados, responsáveis por gerenciar o fluxo dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. Esses sistemas abrangem tanto os dispositivos de regulação de acesso em unidades ambulatoriais (para consultas e exames) quanto as centrais de regulação de internações, que desempenham um papel fundamental na intermediação entre a oferta e a demanda no SUS. Essa estrutura complexa articula e integra as centrais de internação, cirurgias eletivas, atendimentos de urgência, consultas e exames especializados, e diversos outros serviços (BASTOS *et al.*, 2020).

Bastos *et al.* (2020) relatam fatores facilitadores da gestão e operacionalização do setor de regulação do SUS como ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário, melhoria na atenção primária e incrementos de recursos financeiros para a saúde, capacitação e formação em saúde e reestruturação, além de reorganização dos procedimentos internos de regulação. Na categoria de fatores limitantes, as possibilidades mais significativas foram: falha nos critérios de encaminhamento, indisponibilidade de leitos, grande demanda, dificuldades em relação ao sistema de regulação, procedimentos de difícil agendamento e execução, aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos e problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação.

Neste contexto, é crucial estabelecer um sistema regulatório eficiente, pois a ausência de regulação adequada resultaria em uma parcela significativa da população dependente do SUS em busca incessante por atendimento médico. Portanto, é imprescindível que as autoridades públicas promovam uma regulação sólida, visando manter decisões coerentes com os interesses da população e assegurando-lhes acesso adequado aos cuidados de saúde necessários (BASTOS *et al.*, 2020).

Quando o sistema se mostra ineficiente, a busca por garantir a tutela de urgência em saúde através do sistema judiciário tem se tornado uma prática cada vez mais comum entre aqueles que dependem desses serviços. Como resultado, os usuários acabam vendo a judicialização como a opção mais viável para garantir o seu direito (FERREIRA, 2021).

1.4 Judicialização do direito à saúde no Brasil

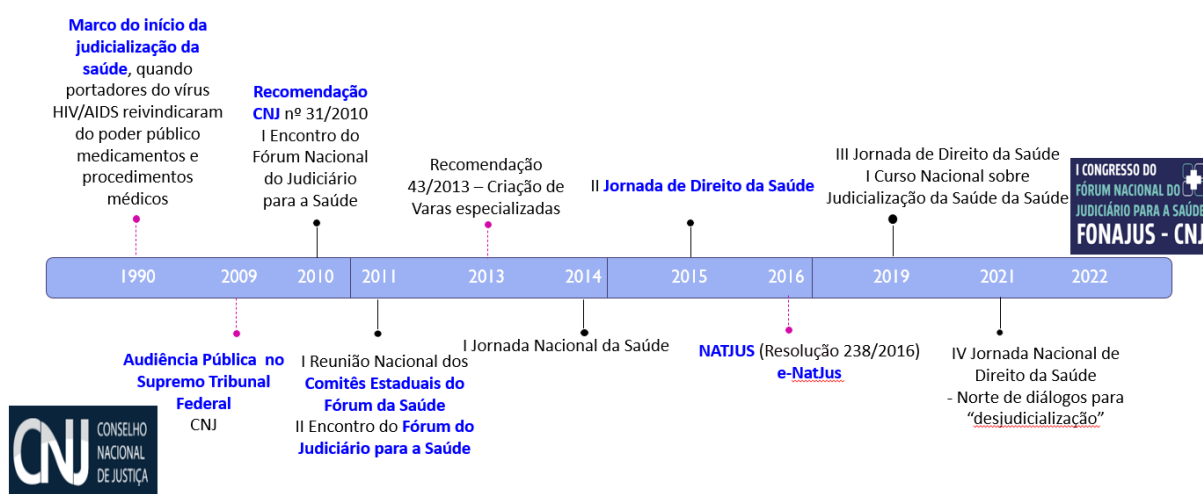
1.4.1 Panorama da judicialização da saúde no Brasil

A judicialização da saúde pública no Brasil é um fenômeno multifacetado, que tem sido, ao longo dos anos, objeto de intensos debates e discussões entre os diversos atores envolvidos.

A seguir, apresenta-se uma linha do tempo resumida dos principais acontecimentos e marcos históricos relacionados à judicialização da saúde pública no

Brasil, a partir das soluções construídas pelo CNJ buscando reduzi-la (Figura 4). Essa linha reflete as tensões entre o direito à saúde como um direito fundamental e a necessidade de garantir a sustentabilidade e a eficiência do sistema de saúde. A busca por soluções eficazes para o assunto continua sendo um desafio para todos os envolvidos, incluindo os pacientes, profissionais de saúde, gestores públicos e os Poderes Judiciário e Legislativo.

Figura 4 - Linha do tempo das orientações CNJ em matéria de judicialização da saúde no Brasil - 2009 a 2022



Legenda: Conselho Nacional de Justiça (CNJ); Vírus da Imunodeficiência/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS); Supremo Tribunal Federal (STF).

Fonte: Elaboração da autora a partir do Conselho Nacional de Justiça (2020).

O marco da intervenção das instituições jurídicas na saúde no Brasil foi a década de 1990, quando pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS reivindicaram do poder público medicamentos e procedimentos médicos por meio de processos judiciais (BRASIL, 2005).

Em 2009, como meio de amenizar os impactos da judicialização da saúde no SUS em razão da quantidade de ações em tramitação nas Cortes brasileiras, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou uma audiência pública que possibilitou a interlocução entre atores envolvidos sobre questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A partir dos resultados dessa audiência, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constituiu um grupo de trabalho para elaborar estudos e

propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009).

A Recomendação CNJ nº 31, de 30 de março de 2010, marca a primeira medida concreta realizada pelo Judiciário para dar maior celeridade e ampliar a resolução das questões sobre a saúde na sociedade e resolve:

I - Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;

c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução nº 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;

d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

II - Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;

b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010a).

A partir de então, houve algumas iniciativas promovidas pelo CNJ para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde pública e da saúde suplementar; dentre elas, podem-se citar:

- a) Instituição do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos. Os Comitês Estaduais de Saúde, como instância adequada para encaminhar soluções para a melhor forma de prestação jurisdicional em área tão sensível quanto à da saúde, integram o Fórum Nacional da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010b);
- b) I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde: marco do debate sobre a judicialização da saúde no país, foi realizado em novembro de 2010 e reuniu gestores da área de saúde, representantes de planos privados, autoridades e especialistas em Direito Sanitário, com objetivo de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos na área da Saúde Pública e Suplementar. Ao final, foi apresentada a Declaração do I Encontro do Fórum;
- c) I Reunião Nacional dos Comitês Estaduais do Fórum da Saúde: realizada em junho de 2011, a reunião contou com a presença de integrantes dos comitês gestores da saúde existentes nos Tribunais de Justiça, Corregedores de Justiça e representantes do Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União. Ao final, foi elaborada a síntese das reivindicações dos Comitês Estaduais;
- d) II Encontro do Fórum do Judiciário para a Saúde: em dezembro de 2011, os participantes emitiram documento com 34 diretrizes e recomendações para a evolução no tratamento dos processos judiciais sobre saúde;
- e) Recomendação nº 43 de 20 de agosto de 2013: o CNJ recomendou aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais a

criação de varas especializadas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública. A medida ainda orientou que sejam priorizados os julgamentos dos processos que envolvam planos e seguros de saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013);

- f) I Jornada Nacional da Saúde: em maio de 2014, foi realizado debate sobre os problemas inerentes à judicialização da saúde e apresentado enunciados interpretativos sobre o direito à saúde. Foram aprovados 45 enunciados. Reuniu magistrados, membros do Ministério Público e de Procuradorias, profissionais e gestores e acadêmicos de saúde para discutir os problemas da judicialização na saúde;
- g) II Jornada de Direito da Saúde: em maio de 2015, foram aprovados 23 enunciados interpretativos com informações técnicas para subsidiar os magistrados na tomada de decisões em ações judiciais sobre direito à saúde. Os enunciados são importantes instrumentos no diálogo com o Sistema de Justiça e no tratamento de demandas judiciais sobre medicamentos, posologias, entre outras ações e serviços de saúde;
- h) Resolução 238, de 06 de setembro de 2016: estabeleceu a criação:
 - a) pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública; b) de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus); c) do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus); d) da especialização de Varas Criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública;
- i) Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus): o Comitê Estadual da Saúde tem entre as suas atribuições auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), constituído de profissionais da saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências, a fim de oferecer apoio

técnico aos magistrados, promotores e defensores públicos na tomada de decisão. O serviço, chamado NatJus Nacional, atua integrado ao Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus), com apoio de diversos profissionais de saúde, durante 24 horas por dia, sete dias por semana. Seguindo protocolos médicos e com base nas melhores evidências científicas disponíveis, essa equipe fornece respaldo técnico necessário para atestar se uma demanda judicial é de fato urgente e se existe evidência científica a embasar o pedido (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016);

- j) Sistema e-NatJus: lançado, em novembro de 2017, e implementado em dezembro de 2018, com o objetivo de dar ao Magistrado fundamentos para decidir com segurança, lastreado em evidência científica, sobre a concessão ou não, em sede de liminar, de fármaco, órtese, prótese ou qualquer outra tecnologia em saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016);
- k) III Jornada de Direito da Saúde: em março de 2019, o CNJ aprovou 35 enunciados interpretativos com informações técnicas para subsidiar os magistrados na tomada de decisões em ações judiciais sobre direito à saúde. No evento, foi apresentada a pesquisa “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução”, que mostra o crescimento de quase 200% em processos judiciais sobre o tema e que custa R\$ 1,3 bilhão à União (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b) Evento debateu a judicialização da saúde, o NatJus, o e-NatJus e ainda produziu, aprovou e divulgou enunciados interpretativos sobre o direito à saúde;
- l) Plataforma eletrônica e-NatJus: consolida pareceres, notas e informações técnicas que oferecem base científica para as decisões dos Magistrados, Promotores e Defensores Públicos de todo o país. Os Magistrados Estaduais e Federais com competência para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde, ainda que durante o plantão judicial, quando levados a decidirem sobre a concessão de determinado medicamento, procedimento ou produto, poderão solicitar apoio técnico ao NatJus do seu Estado ou

ao NatJus NACIONAL, hospedado no sítio do CNJ¹⁰ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019c);

- m) I Curso Nacional sobre Judicialização da Saúde: promovido em outubro de 2019 pelo CNJ e a Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados, contou com a participação de dezenas de magistrados de todo o país;
- n) Reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde, que passaram a ser denominados Comitês Estaduais, seguidos da sigla da respectiva unidade federativa (UF) do Fórum Nacional da Saúde do CNJ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021);
- o) IV Jornada Nacional de Direitos da Saúde: em setembro de 2021, foi apresentado o “Plano Nacional para o Poder Judiciário – Judicialização e Sociedade: ações para o acesso à saúde pública de qualidade”, que ofereceu os nortes de atuação dialógica junto às Secretarias de Saúde com o fim de melhorar a prestação dos serviços, evitando, assim, sua judicialização. Foram apresentadas também as novas funcionalidades da Plataforma e-NatJus, que facilita a utilização do sistema pelos magistrados, além de propiciar a pesquisa e a extração de relatórios quantitativos e qualitativos a respeito das doenças, dos medicamentos e dos procedimentos demandados;
- p) V Jornada Nacional de Direitos da Saúde: em agosto de 2022, o encontro destinou-se a magistrados com competência em matéria de direito à saúde e demais atores do sistema de justiça, com objetivo de aprimorar o conhecimento técnico sobre a saúde pública e suplementar, discutindo os desafios da judicialização e encontrando soluções para o problema. Foi apresentado o “Painel da Judicialização da Saúde”;
- q) I Congresso do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (FONAJUS-CNJ): realizado, em novembro de 2022, com o objetivo de aprimorar o conhecimento técnico sobre a saúde pública e

¹⁰ Disponível em: www.cnj.jus.br/e-natjus, acessado em 15 de maio de 2023.

suplementar, discutindo os desafios da judicialização e encontrando soluções para esse problema.

Como pôde se verificar acima, o CNJ vem sendo muito atuante em matéria de judicialização da saúde. Dentre as iniciativas ressaltam o Fórum Nacional de Saúde, Comitês Estaduais, varas especializadas em saúde, NatJus e e-NatJus.

Vasconcelos e Wang (2020) relatam que, apesar de representarem um avanço em comparação ao cenário em que os juízes tomam decisões apenas com base em uma simples receita médica, é necessário mencionar algumas ressalvas em relação à criação dos NatJus e do e-NatJus. Dentre elas, destacam: a) os possíveis conflitos de interesse; b) a qualidade das análises feitas, já que a avaliação de tecnologia em saúde requer um grau elevado de *expertise*; c) a conclusão de que um parecer do NatJus pode contrariar a análise científica feita por órgãos do SUS; d) cautela antes de atribuir aos NatJus o poder de dar a palavra final sobre a concessão ou não de um tratamento; e) uso alternativo dos recursos e o impacto sobre outros usuários; f) fatores que extrapolam as competências dos NatJus, como custo-efetividade, impacto orçamentário e as características epidemiológicas da população (VASCONCELOS; WANG, 2020).

Ademais, o CNJ instituiu o e-NatJus em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Ministério da Saúde, além de contar com o apoio do Hospital Sírio Libanês, o qual capacita os integrantes dos núcleos na elaboração dos pareceres técnico científicos (FORTUNATO; BOTELHO, 2021).

Vasconcelos e Wang (2020) explicitam que os NatJus têm o potencial de auxiliar os juízes na avaliação da razoabilidade das decisões tomadas pelos responsáveis pela gestão do SUS. No entanto, é importante ressaltar que eles não podem suplantam a importância de os magistrados exercerem certa deferência às políticas públicas de saúde.

A judicialização da saúde configura-se, portanto, como problema complexo e policêntrico, que envolve uma pluralidade de atores envolvidos da administração pública e do sistema de justiça e para o qual uma solução não poderia ser concebida ou implementada com a atuação unilateral de um único órgão (VASCONCELOS, 2021).

O fenômeno da judicialização da saúde se respalda na configuração constitucional brasileira de 1988, no qual a saúde é definida como um direito universal

e dever do Estado. No entanto, também foi detalhista na conformação do direito à saúde no país, no qual todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da saúde e devem se articular para não perpetuar um injusto desequilíbrio federativo. Mas isso não implica que todas as instâncias governamentais devam exercer qualquer ação que esteja relacionada à saúde. É importante que o sistema seja descentralizado, a fim de evitar redundâncias nas ações e para melhor utilização dos recursos financeiros limitados disponíveis. No intuito de disciplinar a operacionalização de ações serviços de saúde, diretrizes legais previstas nas Leis Orgânicas da Saúde são concretizadas por inúmeras portarias editadas pelo Ministério da Saúde no exercício de seu papel normatizador nacional das políticas públicas de saúde, constituindo-se em atos normativos infralegais que dão concretude ao disciplinamento constitucional e legal do SUS (ALBUQUERQUE, 2022).

Toda a ampla legislação constitucional, legal e infralegal confere organização ao SUS. Tal conformação jurídico-legal deveria ser de observância por parte do Poder Judiciário no exercício de sua função judicante quando da apreciação de ações que buscam acesso aos bens sanitários públicos (ALBUQUERQUE, 2022).

Apesar dessa conformação, estudos sobre a judicialização da saúde tem mostrado que os Tribunais julgam as ações sanitárias contra o poder público quase que exclusivamente embasando-se nas normas constitucionais, especialmente com amparo no art. 196 da CF/88 que se volta para garantir a implementação de políticas públicas sociais e econômicas e não para assegurar diretamente direitos individuais sociais, levando a uma judicialização disfuncional do direito à saúde (ALBUQUERQUE, 2022).

Por conseguinte, o sistema público de saúde tem sido impactado com o crescente e oneroso ativismo¹¹ junto ao Poder Judiciário, no qual os gestores dos

¹¹ Segundo Barroso (2008), “a judicialização e o ativismo são traços marcantes na paisagem jurídica brasileira dos últimos anos. Embora próximos, são fenômenos distintos. A judicialização decorre do modelo de constituição analítica e do sistema de controle de constitucionalidade abrangente adotados no Brasil, que permitem que discussões de largo alcance político e moral sejam trazidas sob a forma de ações judiciais. Vale dizer: a judicialização não decorre da vontade do Judiciário, mas sim do constituinte. O ativismo judicial, por sua vez, expressa uma postura do intérprete, um modo proativo e expansivo de interpretar a Constituição, potencializando o sentido e alcance de suas normas, para ir além do legislador ordinário. Trata-se de um mecanismo para contornar, *bypassar* o processo político majoritário quando ele tenha se mostrado inerte, emperrado ou incapaz de produzir consenso. Os riscos da judicialização e, sobretudo, do ativismo envolvem a legitimidade democrática, a politização da justiça e a falta de capacidade institucional do Judiciário para decidir determinadas matérias”.

serviços de saúde enfrentam demandas judiciais e, em muitos dos casos, sem possuírem estratégias que permitam antever o impacto das decisões, que, na maioria dos casos, oneram o custeio da realização do direito à saúde (VASCONCELOS, 2020).

Araújo, López e Junqueira (2020, p. 74) relatam que

é notório o constante aumento no número de demandas judiciais que envolvem a saúde pública, motivado por diversas causas, que vão desde questões que envolvem maior acesso à informação, evolução de tecnologias em saúde, pressão da indústria de medicamentos, inclusão social, até deficiências setoriais da saúde pública e pressuposição do julgador acerca da omissão estatal na prestação do serviço.

Schulze (2020) ressalta que as decisões judiciais são pontos importantes na judicialização da saúde. Nesse sentido, faz uma análise a partir de diferentes fases. A primeira fase, na versão da “jurisprudência sentimental”¹², onde os magistrados davam tudo a todos, vem começando a ser superada, inclusive nos Tribunais Superiores, como se observa nas teses do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e no STF, que são discutidas neste capítulo na seção 1.4.3.

A segunda fase, na versão da “jurisprudência técnica”¹³, decorre da aplicação da saúde baseada em evidências nas decisões judiciais, onde o Conselho Nacional de Justiça contribuiu com a recomendação que os Tribunais criassem os NatJus. No entanto, Schulze (2020, p. 74) se contradiz e afirma que

essa fase ainda não chegou ao fim, pois muitos magistrados ainda adotam fundamentos genéricos para acolher os pedidos (tais como aplicação de uma cobertura universal de saúde – que não existe no SUS; adoção da saúde como direito absoluto; ou julgamento com base apenas em valores sentimentais, conforme já anotado).

A terceira fase representa um novo momento, que considera nos processos judiciais o desfecho clínico (*outcome*) pretendido com o medicamento e o custo-efetividade do tratamento. Em outras palavras, é necessário avaliar se o processo

¹² A jurisprudência sentimental é o modelo em que o juiz supera os argumentos das Ciências da Saúde e invoca fundamento geralmente genérico e abstrato, de natureza principiológica, geralmente com a aplicação inadequada da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade, da razoabilidade, da Justiça (SCHULZE, 2020, p. 72).

¹³ Na jurisprudência técnica, o magistrado adota critérios técnicos, ou seja, expõe os fundamentos e conclui sua decisão com base em evidências científicas na área da saúde ou a partir da indicação clara e objetiva de razões admitidas por grande parte dos profissionais da saúde (SCHULZE, 2020, p. 72).

judicial trouxe benefícios ao autor. Além disso, isso também visa equilibrar os direitos individuais com as políticas públicas de saúde.

Diante disso, os juízes, além de interferirem no planejamento e execução das políticas públicas de saúde, determinam, inúmeras vezes, que o Estado forneça tecnologias em saúde, considerando apenas a prescrição médica (ARAÚJO, 2013). Existiria uma verdadeira “farmaceuticalização do Judiciário”, conforme mencionado por Roma (2017, p. 3):

[...] porque, na maioria das vezes, nesses processos, o tratamento judicial é muito parecido com o procedimento adotado em drogarias, nas quais o cidadão/paciente apresenta sua receita médica e o farmacêutico/atendente entrega/vende o medicamento, com a diferença de que, na rede pública de saúde, não há pagamento na forma direta, mas tão somente na indireta, no que toca à arrecadação tributária.

Schulze (2020) evidencia que a prescrição medicamentosa é um item decisivo para o julgamento, sendo em última análise, a “judicialização do ato médico”. Como as ações judiciais envolvem conteúdos técnicos e médicos diversos e abrangentes, ocorre um conflito entre diferentes discricionariedades (ou seja, a prerrogativa de cada agente envolvido decidir sobre o que lhe cabe): a discricionariedade médica, a discricionariedade da gestão da saúde e a discricionariedade do Juízo. Nesse conflito, a balança tende a favorecer o poder médico, que é considerado o maior de todos atualmente, inclusive devido à capacidade facultada pelo Judiciário. A inquestionabilidade da prescrição médica, adotada pelo Poder Judiciário como premissa, confere uma maior potência ao poder médico, fortalecendo-o além do próprio Poder Judiciário e em detrimento da discricionariedade igualmente técnica e legítima da gestão e administração dos sistemas de saúde (GADELHA, 2014).

Diante disso, a prescrição médica desempenha um papel central na judicialização da saúde, sendo utilizada como uma prova para embasar demandas judiciais. No intuito de qualificação dessa demanda, o Enunciado nº 32 alterado na redação dada na VI Jornada de Direito da Saúde, em 15 de junho de 2023, recomenda que

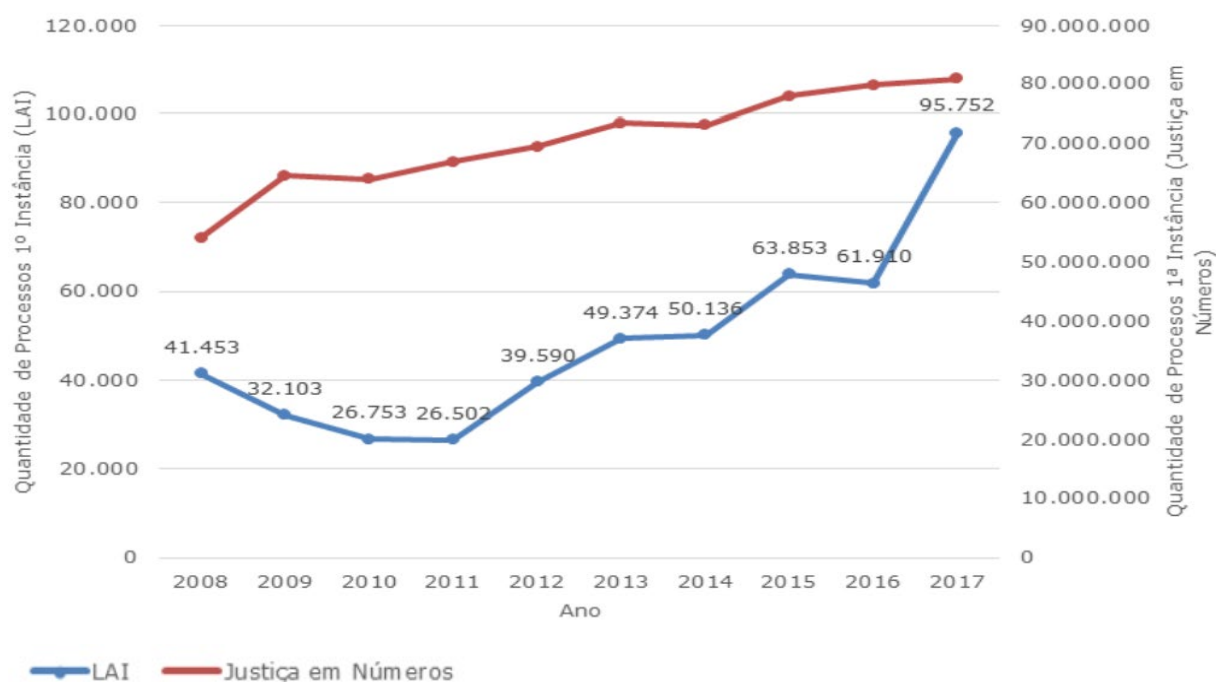
a petição inicial nas demandas de saúde deve estar instruída com todos os documentos relacionados com o diagnóstico e tratamento do paciente, tais como: doença com CID, histórico médico, exames essenciais, medicamento ou tratamento prescrito, dosagem, contraindicação, princípio ativo, duração do tratamento, prévio uso dos programas de saúde suplementar, indicação de medicamentos genéricos, entre outros, bem como o registro da solicitação à operadora e/ou respectiva negativa (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2023).

A judicialização da saúde é uma realidade já posta e com a qual se faz necessário lidar. Tentativas de reduzi-la demanda a adoção de medidas estratégicas efetivas, complexas e harmônicas entre os todos os atores envolvidos (SANTOS, 2022).

1.4.2 Dados sobre judicialização da Saúde no Brasil

O Relatório Analítico Propositivo, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (2019) para o CNJ, constatou que, considerando o ano de distribuição dos processos, ocorreu um crescimento acelerado de 130% no número de demandas anuais de primeira instância relativas ao direito à saúde de 2008 a 2017, comparado ao crescimento do número total de processos de primeira instância que foi de 50%, conforme mostra o Gráfico 1, a seguir.

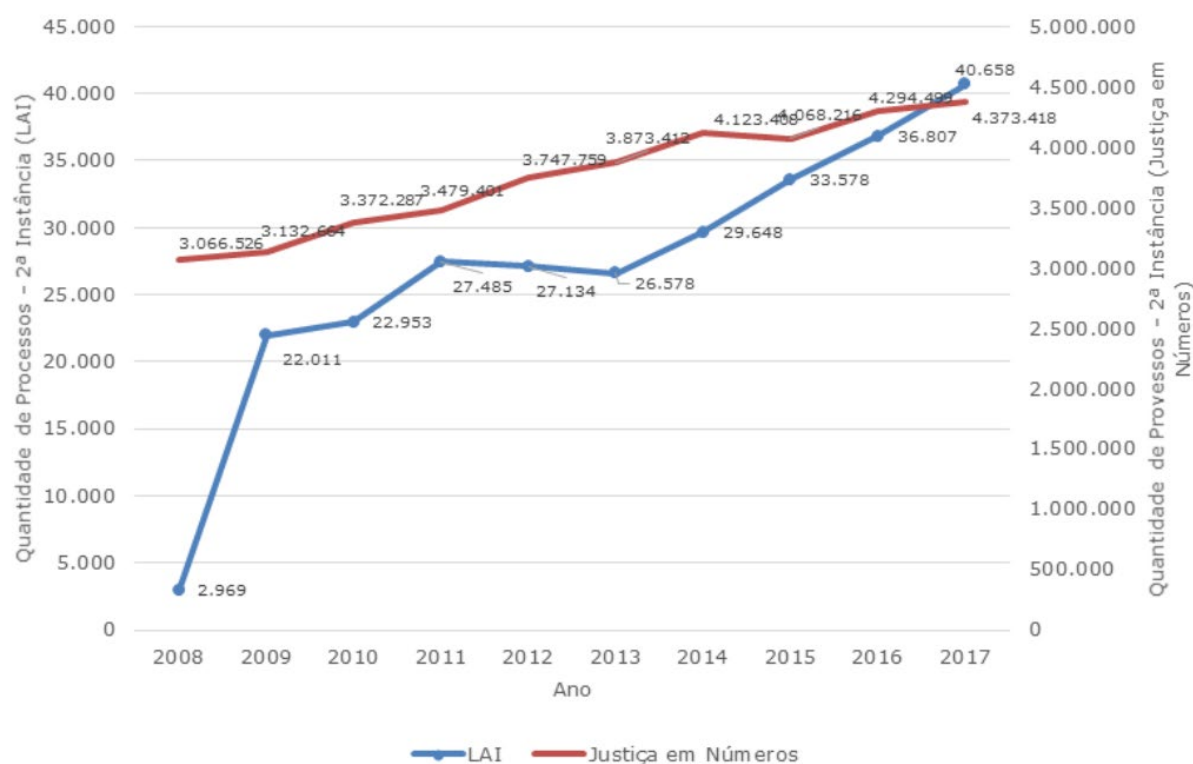
Gráfico 1 - Evolução do número de processos de saúde de primeira instância distribuídos entre os anos de 2008 e 2017 no Brasil



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b, p. 46.

Em relação ao número de processos de segunda instância, excluindo o ano de 2008, com a finalidade de não distorcer a análise da evolução do número de processos distribuídos de 2009 a 2017, o Instituto de Ensino e Pesquisa (2019) relatou um aumento de cerca de 85% do número de demandas relativas ao direito à saúde comparado ao aumento de 32% do volume total de processos, conforme Gráfico 2, a seguir.

Gráfico 2 - Evolução do número de processos de saúde de segunda instância distribuídos entre os anos de 2008 e 2017 no Brasil



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b, p. 47.

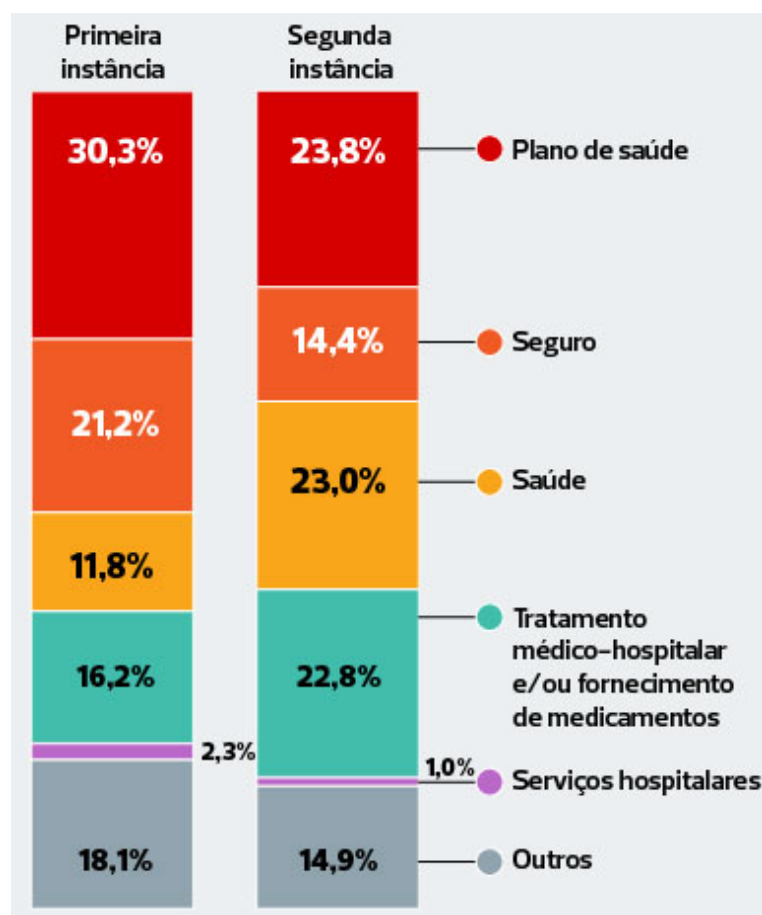
Nem todos os processos tramitando na primeira instância chegam à etapa seguinte, mas o crescimento da judicialização da saúde também nesse nível do Judiciário indica um movimento generalizado no país (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b).

Em termos de assuntos discutidos nos processos em primeira e segunda instância, notou-se uma participação muito elevada dos temas “Plano de Saúde”, “Seguro” e “Saúde”, mostrando a relevância da litigância judicial na esfera da saúde

suplementar, assunto ainda pouco investigado na literatura sobre o tema (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019b).

Na nomenclatura utilizada pelo CNJ, os assuntos classificados com “Saúde” dizem respeito a disputas relativas à saúde pública e representam em torno de 12% das ações na primeira instância e 23% na segunda, conforme Figura 5, a seguir. Além desses temas gerais de acesso à saúde, os assuntos mais tratados são medicamentos e tratamentos médico-hospitalares.

Figura 5 - Percentual de processos de saúde por assunto em primeira e segunda instância, de 2008 a 2018 no Brasil



Fonte: INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA, 2019.

Nos principais assuntos das decisões em segunda instância, chamados de acórdãos¹⁴, prevalecem, quase em 70%, as demandas por medicamentos e, em 63% por órteses, próteses e meios auxiliares, conforme Figura 6, a seguir.

Figura 6 - Percentagem dos assuntos das decisões em segunda instância no período de 2008 a 2019 no Brasil

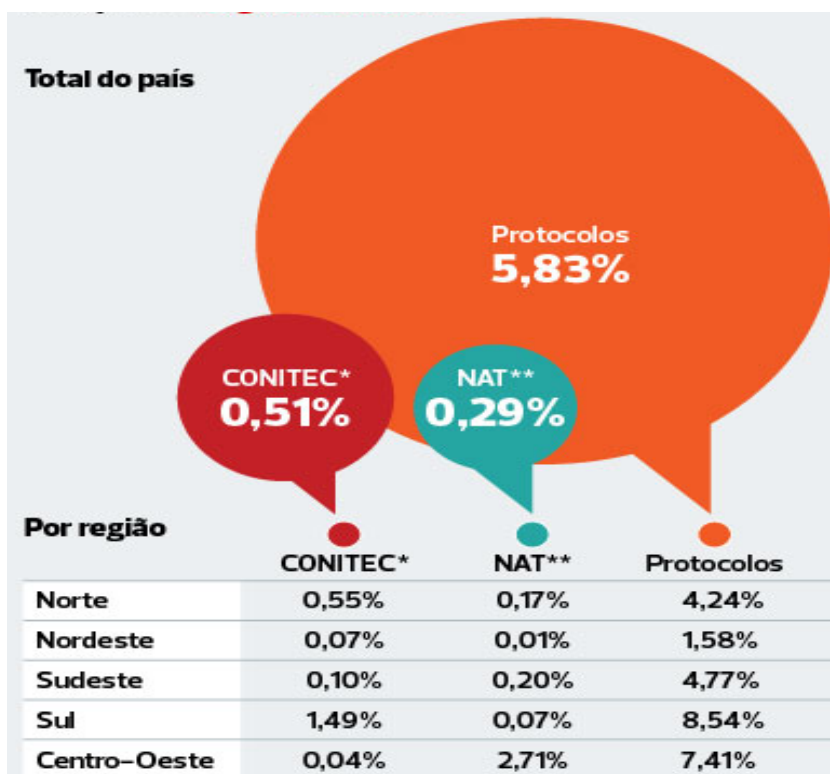


Fonte: INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA, 2019.

As pesquisas do Instituto de Ensino e Pesquisa (2019) relataram que os acórdãos citam: a) os NatJus em apenas 0,29%; b) a CONITEC em menos de 0,51%; c) os PCDT em 5,83% no total, mas estes percentuais globais embutem variações regionais de 2008 a 2019 (Figura 7). Independente destas variações, as citações são sistematicamente pequenas.

¹⁴ Pode deliberar sobre mais de um tema, razão pela qual os números não somam 100%.

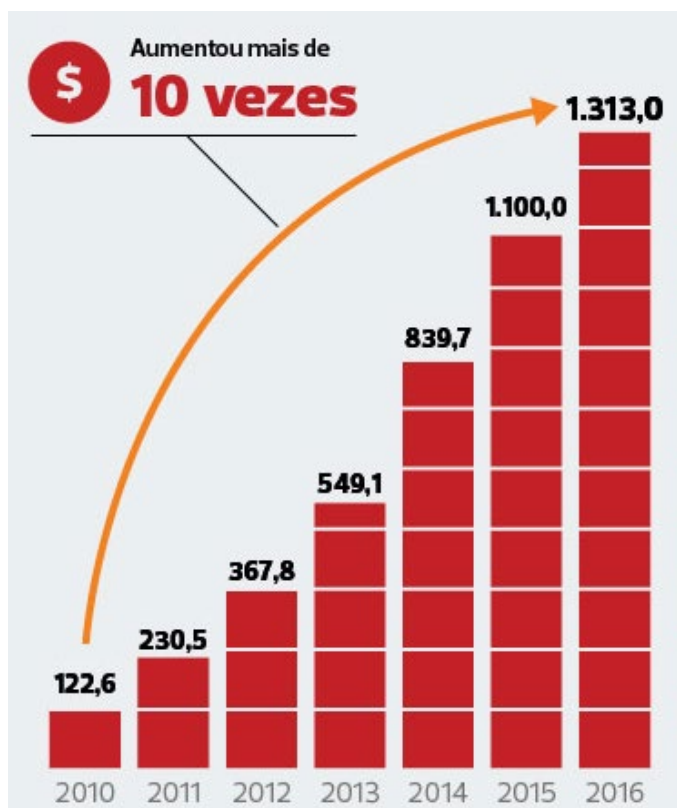
Figura 7 - Percentual de citações em acórdãos a órgãos técnicos de 2008 a 2019 no Brasil



Fonte: INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA, 2019.

O estudo do Instituto de Ensino e Pesquisa (2019) corrobora com a afirmação de que a judicialização da saúde consome cada vez mais verba do SUS, quando informou que, em 2016, o gasto com demandas judiciais na saúde consumiu R\$ 1,3 bilhões (Figura 8). A lista com os dez medicamentos mais custosos era responsável por 90% desse valor. Os recursos envolvidos estavam saindo de outros programas da saúde e de outros segmentos do orçamento federal, embora houvesse pouca clareza e avaliação sobre os impactos mais gerais desse fenômeno.

Figura 8 - Custos da judicialização para o governo federal (R\$ milhões), de 2010 a 2016



Fonte: INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA, 2019.

Para compreender parte desse impacto financeiro, vale mencionar a tese *Essays on Public Procurement*, defendida por Darcio Genicolo Martins, no Doutorado em Economia de Negócios do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), que investigou fatores que podem prejudicar a eficiência de licitações públicas. Dentre eles, o estudo avaliou o impacto da judicialização de medicamentos na eficiência das compras públicas. O autor aduz que

a execução de ordens judiciais para compras em caráter de urgência faz com que os preços dos medicamentos negociados pelo poder público sejam em torno de 35% mais caros ao serem comparados a uma compra planejada. Além disso, nestas licitações motivadas por ordens judiciais, há cerca de 30% menos empresas participantes e 42% menos lances dados pelas empresas nos pregões. Finalmente, foi estimado que a simples ameaça de sanção judicial ao funcionário público responsável pelo certame licitatório faz com que os preços de medicamentos comprados pelo estado de São Paulo sejam elevados em torno de 9% (MARTINS, 2020).

Segundo Pepe e Martins (2022), as demandas judiciais de alguns medicamentos podiam estar relacionadas a práticas abusivas da indústria farmacêutica, para manter altos preços, e a eventuais condutas antiéticas e fraudulentas.

1.4.3 A judicialização da saúde: algumas notas a partir da perspectiva dos municípios brasileiros

As secretarias municipais de saúde têm se deparado ao longo dos anos com a crescente judicialização da saúde, começando a fazer parte da rotina de municípios de pequeno e médio porte (BEZERRA, 2022; WANG, 2022).

De forma isolada ou em associação a outros réus públicos, os Municípios são os entes mais condenados, individual ou solidariamente, com ações judiciais que dizem respeito a medicamentos especializados, estratégicos e até mesmo os considerados “órfãos” ou da “zona cinzenta”, bem como aos procedimentos de média e alta complexidade, que geralmente, não compõem o campo de responsabilidade municipal (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016).

Uma pesquisa nacional realizada pela CNM, em abril de 2015¹⁵, evidenciava significativo esvaziamento das finanças municipais via ações judiciais. Essa relatou, ainda, que

dos mais de quatro mil Municípios consultados, 53% enfrentavam ações em saúde. Em 78% dos casos, o objeto da demanda era o fornecimento de medicamentos. A maior dificuldade apontada para cumprimento das ações era a escassez de recursos financeiros.

A problemática da judicialização ocupa tamanha centralidade que 60% dos Municípios apontam a construção de medidas para evitar as ações, tendo no Ministério e na Defensoria Pública os principais atores para reversão dessa complexa situação. Nesse sentido, 90% dos consultados na pesquisa apoiam iniciativas da CNM de aproximação a outros órgãos para formulação de estratégias de diminuição da judicialização (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016, p. 25).

¹⁵ Cabe ser mencionado que o *survey* foi enviado aos 5.568 municípios e teve uma taxa de resposta global de 74,9% (4.168 municípios), variando de 51,1%, na região Norte, a 95,8% no Sul.

Além do mais, esses municípios enfrentam dificuldades para adquirir conhecimento científico e jurídico para contestar essas demandas, bem como os recursos necessários para preveni-las. O CONASEMS, ciente desse cenário e da carência de produções com esse enfoque, vem realizando esforços para apoiar os municípios na resposta a esse fenômeno, com destaque a publicação da coletânea de artigos “Judicialização da Saúde nos Municípios: Teses Jurídicas, Diagnósticos e Experiências de Gestão”, que tem como objetivo reunir produção científica sobre a judicialização da saúde a partir da perspectiva dos municípios brasileiros (BEZERRA, 2022; WANG, 2022).

Nos últimos anos, vários estudos foram realizados com o objetivo de descrever essa situação em secretarias municipais de saúde de pequeno e médio porte, alguns dos quais dispostos no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Estudos selecionados relacionados à judicialização de saúde nos municípios de pequeno e médio porte (continua)

Autores	Título	Objetivo	Resultado	Conclusão
Azevêdo; Alencar; Sousa Filho, 2022	Atendimento qualitativo aos usuários do município de Santa Rita/PB, no enfrentamento da judicialização da saúde	Demonstrar, por meio de experiências vivenciadas pelos servidores públicos da Coordenadoria Jurídica da SMS, que existem formas de melhor enfrentar a Judicialização da Saúde.	Mostra como o fortalecimento do serviço administrativo oferecido no município impactou positivamente no baixo número de ações judiciais sanitárias, na racionalização de custos e na qualificação das demandas judiciais ajuizadas.	As experiências demonstraram uma administração pública mais responsável e mais eficiente.
Bloisi <i>et al.</i> , 2022	Cooperação interinstitucional para a solução extrajudicial das demandas de saúde: uma experiência no município de Santo Antônio de Jesus/BA.	Fazer uma atuação preventiva, evitando ingressos de ações no Judiciário, por meio de diálogos para a solução das demandas com a Secretaria de Saúde do município.	A redução do ajuizamento de ações após a implantação do projeto de cooperação interinstitucional indica que ele é benéfico para a população, uma vez que, por meio do diálogo, conseguiu-se resolver diversas demandas.	A cooperação pode ser exitosa para a sociedade, na medida em que a aproximação entre os órgãos cooperantes torna mais célere a resolução das demandas de saúde dos usuários do SUS, que, normalmente, são objeto de ações judiciais morosas.

Quadro 4 - Estudos selecionados relacionados à judicialização de saúde nos municípios de pequeno e médio porte (continuação)

Autores	Título	Objetivo	Resultado	Conclusão
Debastiani, <i>et al.</i> , 2022	Estudo do perfil processual das demandas vinculadas à judicialização e recomendações administrativas de ações e serviços em saúde pública no município de Corbélia/ PR.	Analisar a abordagem jurídica junto às demandas vinculadas à SMS.	Permitiram identificar diminuição gradativa dos valores aplicados no cumprimento de sentenças mandatórias e aumento da aplicação de recursos no atendimento das recomendações administrativas.	Significativa mudança de perfil na abordagem destas demandas, com base no planejamento estratégico.
Ferraz <i>et al.</i> , 2022	Demandas judiciais direcionadas à Assistência Farmacêutica de Vitória da Conquista/BA: aplicação de indicadores para avaliação e monitoramento.	Aplicar os indicadores descritos no “Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos” da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz	Servem como parâmetros para as políticas de gestão, de forma a tentar reduzir a judicialização de medicamentos, melhorar o acesso racional a medicamentos pelo usuário e contribuir para o entendimento entre a instância de Saúde e o Poder Judiciário.	Necessidade de instituição de um núcleo técnico para diálogo contínuo entre as instâncias de saúde municipal, estadual e judiciário.
Ferreira; Garcia, 2022	Judicialização de medicamentos em uma cidade de pequeno porte - Santa Rita de Caldas/MG: uma análise na perspectiva do usuário.	Analisar o perfil dos usuários com concessão de ordem judicial de medicamentos e descrever os fatores que os levaram a entrar com uma ação judicial com essa finalidade.	Os fatores que levaram os usuários a entrar com ação judicial estão relacionados à falta de informação e à fragilidade da rede de atenção à saúde	A judicialização de medicamentos no município é uma estratégia de acesso ao direito à saúde.
Freitas; Queluz, 2022	Perfil da judicialização da saúde pública no município de Piracicaba/SP.	Analisar o perfil da judicialização da saúde pública no município de Piracicaba/SP	Houve um aumento relativo de demandas judiciais entre 2010 e 2020 de 255%. Em 92% dos acórdãos, o Judiciário foi favorável aos demandantes e em 85,5% dos acórdãos os demandantes solicitaram gratuidade da justiça.	O perfil da judicialização da saúde pública no município de Piracicaba busca acesso principalmente a medicamentos não constantes nas listas oficiais do município.

Quadro 4 - Estudos selecionados relacionados à judicialização de saúde nos municípios de pequeno e médio porte (conclusão)

Autores	Título	Objetivo	Resultado	Conclusão
Manetti; Bertinetti, 2022	O auxílio da Ferramenta Planejamento Estratégico Situacional na diminuição de processos judiciais de medicamentos em Canguçu/RS.	Apresentar um comparativo dos gastos com processos judiciais contra o município antes e após a atualização da REMUME, através da Ferramenta Planejamento Estratégico Situacional.	A utilização da ferramenta proporcionou um trabalho colaborativo, auxiliou na redução do número de processos judiciais e na ampliação do fornecimento dos fármacos à população.	Espera-se que a utilização do Planejamento Estratégico Situacional continue auxiliando a SMS, em especial a Assistência Farmacêutica.
Oliveira; Souza, 2014	O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina/MG	Analisar a judicialização do direito à saúde pública no município.	Os resultados mostraram um perfil diverso de solicitações judiciais e que a ausência do poder público permitiu a atuação do órgão Judiciário para a garantia do direito constitucional à saúde.	Envolvimento efetivo dos gestores públicos com os atores do sistema jurídico, para que os direitos individuais não sobreponham os coletivos, garantido nas políticas públicas, assim como o financiamento do SUS.
Paula, A. D.; Paula, C. D., 2022	O direito à saúde baseada em evidências: Decisões judiciais sobre o fornecimento de medicamentos no município de Guará/SP.	Problematizar a relação entre o acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde, sobre o aspecto do fornecimento de medicamentos	A análise da judicialização da saúde no município mostra que a maior parte da demanda está relacionada ao fornecimento de medicamentos aprovados pela Anvisa, mas que não constam na RENAME.	As decisões judiciais desconsideram as políticas públicas de saúde e a competência de cada ente federativo quanto à execução das ações e serviços de saúde

Legenda: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); Secretaria Municipal da Saúde (SMS); Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora 2023.

A judicialização na área da saúde tem impactos significativos nos orçamentos dos entes municipais, principalmente devido ao custeio de tratamentos de alto custo não incorporados ao SUS. Além disso, parte dessa judicialização pode ser resultado de falhas na Administração, como falta de informação e acolhimento aos pacientes. Em alguns municípios, os gastos com judicialização têm aumentado, mas há também

medidas de prevenção que têm reduzido o número de ações e condenações. Logo, os municípios estão se ajustando e se transformando para lidar com o impacto concreto da judicialização sobre o sistema de saúde (BEZERRA, 2022; WANG, 2022).

1.4.4 Uniformização da jurisprudência nos Tribunais Superiores

No contexto do fenômeno complexo e controverso da judicialização da saúde no Brasil, em especial nos municípios, as teses do STJ e STF objetivam a uniformização de parâmetros a serem aplicados no julgamento de demandas de natureza sanitária, no intuito de impedir a procrastinação de decisões conflitantes, desprovidas de fundamentação coerente, levando ao cumprimento da dignidade da pessoa humana. No entanto, essas teses de direito à saúde vêm acarretando inúmeros debates (SANTOS, 2021).

As teses fixadas nos Tribunais Superiores em sede de Repercussão Geral e Recursos Repetitivos devem ser compreendidas pelo gestor público, a fim de assessorá-los em suas defesas em demandas judiciais, bem como melhorar os serviços de saúde no âmbito de sua competência, contribuindo ainda com o cidadão no conhecimento de seus direitos na saúde (SANTOS, 2021).

Para melhor identificação e conhecimento pelos gestores das teses firmadas pelo STJ e pelo STF em questões relacionadas à judicialização da saúde apresenta-se o Quadro 5, a seguir, considerando que se relacionam a questões que guardam relação com alguns dos objetos e aspectos da judicialização que tem ocorrido no município de Três Rios-RJ, tratado nessa dissertação.

Quadro 5 - Teses firmadas pelo Supremo Tribunal de Justiça e pelo Supremo Tribunal Federal em questões relacionadas à judicialização da saúde (continua)

Temas	Conceito	Tese Firmada
Fornecimento de medicamentos		
TEMA 106 de Recursos Repetitivos Superior Tribunal de Justiça	Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (REsp 1.657.156-RJ e REsp 1.102.457-RJ)	A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela Agência.
Solidariedade e Subsidiariedade		
TEMA 793 Repercussão Geral Supremo Tribunal Federal	Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: MIN. LUIZ FUX - Leading Case: (RE 855.178-SE) - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência, ou não, de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos necessários à concretização do direito à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos e o custeio de tratamento médico adequado aos necessitados.	Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.
Legitimidade do Ministério Público		
TEMA 262 Repercussão Geral Supremo Tribunal Federal	Legitimidade do Ministério Público para ajuizar ação civil pública que tem por objetivo compelir entes federados a entregar medicamentos a portadores de certas doenças. Relator: MIN. MARCO AURÉLIO (RE 605.533-MS) - Recurso extraordinário em que se discute, à luz artigos 2º; 127; 129, II e III; 196; e 197, da Constituição Federal, a legitimidade, ou não, do Ministério Público para ajuizar ação civil pública que visa compelir o Estado de Minas Gerais a entregar medicamentos a portadores de hipotireoidismo e hipocalcemia	O Ministério Público é parte legítima para ajuizamento de ação civil pública que vise o fornecimento de remédios a portadores de certa doença.

Quadro 5 - Teses firmadas pelo Supremo Tribunal de Justiça e pelo Supremo Tribunal Federal em questões relacionadas à judicialização da saúde (continuação)

Temas	Conceito	Tese Firmada
Legitimidade do Ministério Público		
TEMA 766 de Recursos Repetitivos Superior Tribunal de Justiça	Legitimidade ad causam do Ministério Público para pleitear, em demandas contendo beneficiários individualizados, tratamento ou medicamento necessário ao tratamento de saúde desses pacientes. (REsp 1.682.836-SP e REsp 1.681.690-SP)	O Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, porque se refere a direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público).
Registro na ANVISA		
TEMA 500 de Repercussão Geral Supremo Tribunal Federal	Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. - Relator: MIN. MARCO AURÉLIO - (RE 657.718-MG) - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 1º, III; 6º; 23, II; 196; 198, II e § 2º; e 204 da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de o Estado ser obrigado a fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.	1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos pelo Poder Público medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.
TEMA 1161 Repercussão Geral Supremo Tribunal Federal	Dever do Estado de fornecer medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária. - Relator: MIN. MARCO AURÉLIO - (RE 1.165.959-SP) - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 196, 197 e 200, I e II, da Constituição da República, o dever do Estado de fornecer medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária.	Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem sua importação autorizada pela Agência De Vigilância Sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e protocolos de intervenção terapêutica do SUS.

Quadro 5 - Teses firmadas pelo Supremo Tribunal de Justiça e pelo Supremo Tribunal Federal em questões relacionadas à judicialização da saúde (conclusão)

Temas	Conceito	Tese Firmada
Legitimidade do Ministério Público		
Bloqueio ou sequestro de verbas públicas		
TEMA 84 de Recursos Repetitivos Superior Tribunal de Justiça	Questão referente ao fornecimento de medicamento necessário ao tratamento de saúde, sob pena de bloqueio ou sequestro de verbas do Estado a serem depositadas em conta corrente. (REsp 1.069.810-RS)	Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação.
Imposição de multa		
TEMA 98 de Recursos Repetitivos Superior Tribunal de Justiça	Possibilidade de ser imposta a multa a que alude o art. 461 do CPC, nos casos de descumprimento da obrigação de fornecer medicamentos, imposta ao ente estatal. (REsp 1.474.665-RS e REsp 1.101.725-RS)	Possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros
Chamamento ao processo da União		
Tema 686 de Recursos Repetitivos Superior Tribunal de Justiça	Questão atinente à obrigatoriedade de chamamento ao processo (art. 77, III, do CPC) da União nas demandas que envolvem a pretensão de fornecimento de medicamentos. (REsp 1.203.244-SC e REsp 1.396.300-SC)	O chamamento ao processo da União com base no art. 77, III, do CPC, nas demandas propostas contra os demais entes federativos responsáveis para o fornecimento de medicamentos ou prestação de serviços de saúde, não é impositivo, mostrando-se inadequado o por obstáculo inútil à garantia fundamental do cidadão à saúde
Tema nº 345 com Repercussão Geral do STF - STF re 566471/2020	Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS das despesas com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde.	Ementa: Recurso Extraordinário. Administrativo. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde SUS das despesas com atendimento de pacientes beneficiários de planos privados de saúde. Art. 32 da Lei 9.656/1998. Repercussão geral reconhecida.

Legenda: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AMVISA).

Fonte: Elaboração da autora a partir do Centro de Apoio ao Direito Público (2022).

Os Tribunais deveriam ter posicionamento consolidado acerca dos temas já firmados acima; no entanto, segundo Moura (2023), o quadro atual é de insegurança jurídica aos jurisdicionados gerado por entendimentos divergentes, principalmente sobre a repartição de competências no âmbito do SUS. Ocorre que diversas situações submetidas à justiça todos os dias geraram decisões conflitantes diante da

interpretação da Tese do Tema 793. A situação mais comum é a de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados ao SUS. A autora aduz que

[...] Há decisões incluindo a União no polo passivo e declinando competência para Justiça Federal, por entender que a não incorporação ao SUS é temática de interesse do ente federal, outras extinguindo o processo sem resolução do mérito devido à falta da inclusão da União pela parte, e outras mantendo na Justiça Estadual e submetidas à morosidade pelos infinitos recursos interpostos pelas Procuradorias Estaduais, sem levar em consideração que as demandas de saúde são urgentes.

A responsabilidade solidária implica a possibilidade, no caso, de quaisquer dos entes federativos ou todos, de figurar no polo passivo da demanda e prestar a assistência à saúde pleiteada. Apesar disso, sabe-se que nas hipóteses de medicamentos sem registro na ANVISA as ações necessariamente devem ser propostas em face da União, nos termos do Tema 500 do STF.

Além da insegurança jurídica proporcionada ao jurisdicionado, que já sofre pela doença que lhe acomete, é necessário destacar a morosidade desses processos pelo número de recursos interpostos destas decisões. Ora, se por um lado a Procuradoria Estadual ou Municipal quer que a União arque com o financiamento do medicamento, por outro lado a Defensoria Pública e as partes querem que o ente federado mais próximo e acessível o forneça, em decorrência da solidariedade. A frieza deste debate, muitas vezes amparados sequer por uma tutela de urgência, traz consequência irreparáveis [...] (MOURA, 2023).

Diante da urgência em resolver essa questão de “saúde pública”, uma vez que as demandas são inúmeras, o STF, por unanimidade, reconheceu a existência de repercussão geral no Recurso Extraordinário 1.366.243. No dia 18 de abril de 2023, o STF, por unanimidade, referendou a seguinte:

[...] para estabelecer que, até o julgamento definitivo do Tema 1234¹⁶ da Repercussão Geral, a atuação do Poder Judiciário seja regida pelos seguintes parâmetros:

(i) nas demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados: a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, ainda que isso implique deslocamento de competência, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual, sem prejuízo da concessão de provimento de natureza cautelar ainda que antes do deslocamento de competência, se o caso assim exigir;

(ii) nas demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados: devem ser processadas e julgadas pelo Juízo, estadual ou federal, ao qual foram direcionadas pelo cidadão, sendo vedada, até o julgamento definitivo do Tema 1234, da Repercussão Geral, a declinação da competência ou determinação de inclusão da União no polo passivo;

(iii) diante da necessidade de evitar cenário de insegurança jurídica, esses parâmetros devem ser observados pelos processos sem sentença prolatada; diferentemente, os processos com sentença prolatada até a data

¹⁶ O Tema 1.234 proveniente do Recurso Extraordinário 1.366.243 teve a repercussão geral reconhecida por unanimidade no dia 9 de setembro de 2022 (BRASIL, 2022c).

desta decisão (17 de abril de 2023) devem permanecer no ramo da Justiça do magistrado sentenciante até o trânsito em julgado e respectiva execução (adotei essa regra de julgamento em: RE 960429 EDsegundos Tema 992, de minha relatoria, DJe de 5.2.2021);
(iv) ficam mantidas as demais determinações contidas na decisão de suspensão nacional de processos na fase de recursos especial e extraordinário". Tudo nos termos do voto do Relator. Plenário, Sessão Virtual Extraordinária de 18.4.2023 (00h00) a 18.4.2023 (23h59) (BRASIL, 2022c, grifo nosso).

Logo após tendo sido referendada a decisão pelo STF, o STJ julgou, no dia 19 de abril de 2023, o Incidente de Assunção de Competência nº 14¹⁷, no sentido de que “em razão da responsabilidade solidária na saúde, o autor da ação pode escolher contra qual ente federado quer apresentar a demanda, **mas é impositiva a inclusão da União**” (Grifo nosso).

Enquanto o STF dispensou a inclusão da União até o julgamento definitivo do Tema 1234 em relação às demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados, o STJ se manifestou que é impositiva a inclusão da União. Essa contrariedade corrobora com o atual estado de insegurança jurídica que se encontram os Tribunais de Justiça do país. Estes Tribunais estão reféns da decisão definitiva do STF sobre essa matéria de saúde, sendo que esta decisão terá efeito vinculante sobre todos os Tribunais de Justiça.

Diante desse cenário, urge a necessidade de padronizar a jurisprudência nessas situações, especialmente com o julgamento do Tema nº 1.234, o qual determinará sobre a “Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas não padronizados no SUS” (BRASIL, 2022c), o que implicará, na prática, no deslocamento da competência dos processos que tramitam na Justiça Estadual, ou seja, nos Tribunais de Justiça Estaduais do país, para a Justiça Federal.

¹⁷ O Incidente de Assunção de Competência nº 14 do STF refere-se a seguinte questão: “Tratando-se de medicamento não incluído nas políticas públicas, mas devidamente registrado na ANVISA, analisar se compete ao autor a faculdade de eleger contra quem pretende demandar, em face da responsabilidade solidária dos entes federados na prestação de saúde, e, em consequência, examinar se é indevida a inclusão da União no polo passivo da demanda, seja por ato de ofício, seja por intimação da parte para emendar a inicial, sem prévia consulta à Justiça Federal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>, acessado em 20 de abril de 2023.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS) como estratégia na abordagem da judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ.

2.2 Objetivos específicos:

- a) Descrever a implantação e evolução do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009;
- b) Caracterizar as estratégias na abordagem da judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009;
- c) Analisar o perfil de demandas judiciais e extrajudiciais contra o município de Três Rios-RJ, entre os anos de 2008 e 2021;
- d) Identificar os fatores positivos e negativos na abordagem da judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de caso único, de caráter exploratório, descritivo, retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa, baseado nos processos de atuação do NAPASS no município de Três Rios-RJ.

O estudo de caso pode ser entendido como uma investigação empírica de um fenômeno que não pode ser dissociado do contexto em que ocorre (YIN, 2015). Caracteriza-se como uma estratégia de pesquisa com metodologias quantitativas e qualitativas, que envolve diversas fontes de informação (YIN, 2015).

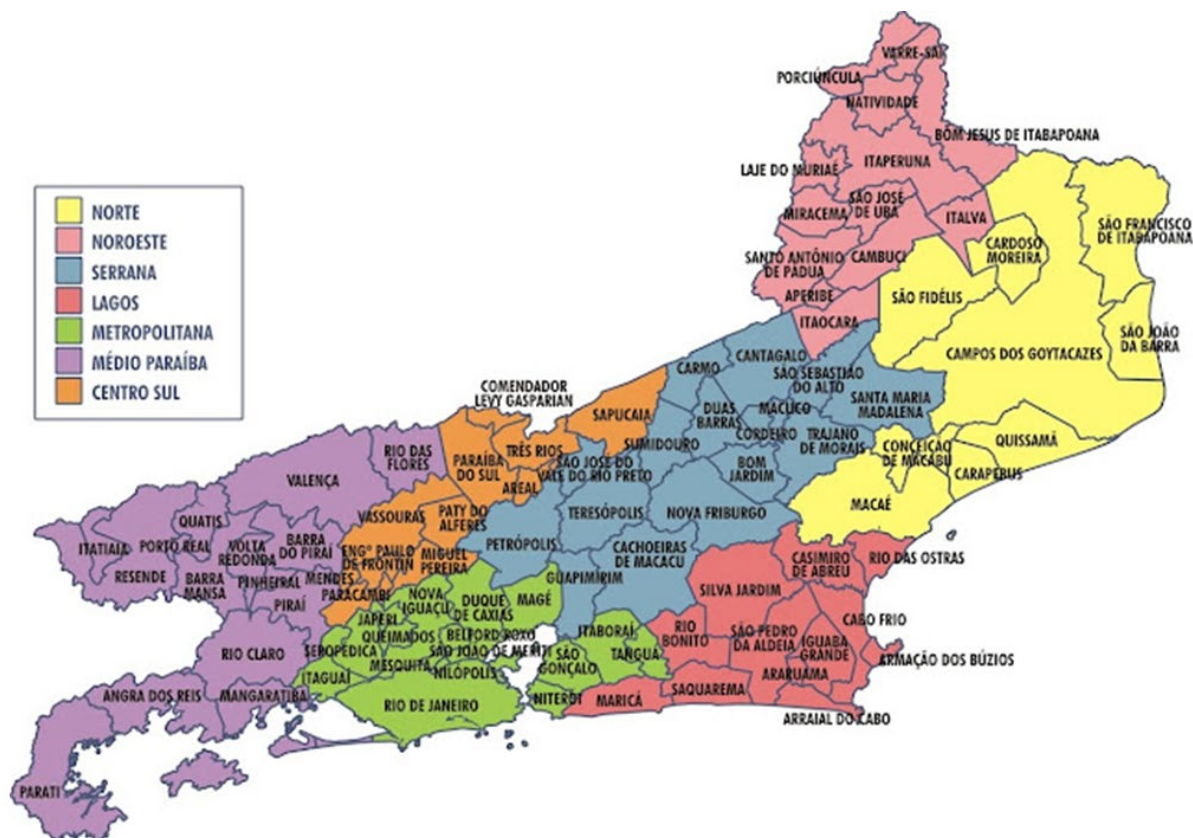
Estudos de caso são particularmente úteis para trabalhos que se propõem a examinar fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, onde se busca responder perguntas do tipo “como” e “por que” e em que o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos examinados (YIN, 2015). Ademais, na sua consecução, essa dissertação lançou mão de várias fontes de informação, para compreender em profundidade a estratégia elencada como objeto de estudo.

3.2 Lócus do estudo: o município de Três Rios

3.2.1 Aspectos demográficos e econômicos

Três Rios é um município do estado do Rio de Janeiro, localizado na região Centro Sul-Fluminense, da qual também fazem parte os municípios de Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Areal, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Paracambi e Mendes (Figura 9, a seguir).

Figura 9 - Mapa com a divisão regional do estado do Rio de Janeiro



Fonte: MAPAS BLOG, 2022.

É um município de médio porte pertencente à Região Geográfica Intermediária de Petrópolis e à Região Geográfica Imediata de Três Rios-Paraíba do Sul. Localiza-se cerca de 125 km ao norte da capital do estado, ocupando uma área de 322.843 km². O município é composto pela cidade de Três Rios e pelo distrito de Bemposta. Sua área de influência estende-se por toda a região Centro-sul Fluminense, parte da região Serrana Fluminense, e uma pequena parte da Zona da Mata Mineira. Em uma área estratégica, a cidade é cortada por duas grandes rodovias federais (BR-040 e BR-393) e possui o maior entroncamento rodoviário do país (TRÊS RIOS, 2021c).

Em relação ao perfil demográfico, a população estimada em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 82.742, do qual 97% residiam em área urbana. No ano de 2020, a proporção da população feminina era de 52,3%. A maior parte da população encontrava-se na faixa etária de 30 a 39 anos. A população infantil com idade menor a 10 anos representava 13,6%, 12,7% referiam-se aos adolescentes e a população idosa correspondia a 17,4% da população. O número de

nascidos vivos no município vem apresentando um declínio ao longo da série histórica, com diminuição de 12,1% em 2019, comparado ao ano anterior (TRÊS RIOS, 2021c).

O município tem no setor de serviços sua principal atividade econômica. Em 2018, tinha um Produto Interno Bruto *per capita* de R\$ 48.575,26. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 21º entre os 92 municípios do Rio de Janeiro. Já na comparação com as cidades do Brasil, sua colocação era de 257º entre os 5570 municípios brasileiros. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal apurado pelo IBGE em 2010 era de 0,75, podendo ser considerado como alto (TRÊS RIOS, 2021c).

3.2.2 Rede de serviços de saúde

Conforme dados do CNES, os serviços oferecidos no SUS municipal são compostos por 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família; 2 Policlínicas; Setor de Saúde da Mulher; Setor de Saúde da Criança; Setor de Imunização; Setor de Imunização COVID19; Unidade de Vigilância em Saúde; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Serviço de Tecnologia da Informação; Serviço de Diagnóstico e Terapia; Centros de Atenção Psicossocial; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Serviço de Atenção Domiciliar, composto de 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e 1 Equipe Multiprofissional de Apoio; Centro de Especialidade em Reabilitação tipo II e 1 Hospital Geral (TRÊS RIOS, 2021c).

O Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição-Associação Congregação Santa Catarina (HCNSC-ACSC) é um hospital geral de médio porte, filantrópico, de nível hierárquico 8, com 102 leitos ativos, além de 05 leitos de observação de adultos e 01 leito de observação pediátrico na unidade de urgência e emergência. O HCNSC-ACSC é uma instituição de saúde contratualizada e prioriza as linhas de cuidado Cérebro Vascular, Traumatológica e Pediátrica. O hospital está habilitado em alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Neurologia/ Neurocirurgia, Ortopedia de Média Complexidade e em UTI II adulto. É a única referência hospitalar para as

urgências e emergências de toda a Microrregião Centro-Sul Fluminense (TRÊS RIOS, 2022d).

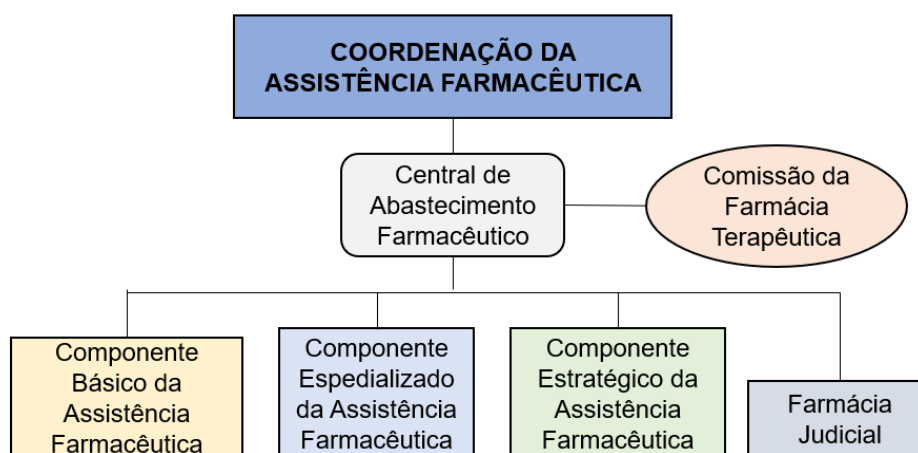
A Atenção Primária à Saúde é desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família, que possui cobertura de 100% da população com 29 Unidades Básicas de Saúde e 5 Postos avançados, além de contar com 26 Equipes de Saúde Bucal (TRÊS RIOS, 2021c).

3.2.3 Assistência Farmacêutica no município de Três Rios

A Assistência Farmacêutica no município tem como objetivo garantir o abastecimento da rede pública de serviços de saúde com medicamentos essenciais, promover o uso racional e o acesso à população através da equidade e universalidade da assistência. Considerando a importância dos medicamentos nos processos de judicialização no município, considerou-se oportuno detalhar um pouco mais a organização de seus serviços.

O organograma da Assistência Farmacêutica municipal conta a Central de Abastecimento Farmacêutico, com áreas correspondentes aos três componentes - CBAF, CEAF e CESAF- e a Farmácia Judicial (Figura 10).

Figura 10 - Organograma da Assistência Farmacêutica do município de Três Rios



Fonte: Elaboração da autora a partir da Coordenação da Assistência Farmacêutica do município de Três Rios (2022b).

A Central de Abastecimento Farmacêutico, denominada também de Almoarifado de Medicamentos, recebe todos materiais e insumos com funcionamento de segunda à sexta-feira, das 08h às 16h. O cronograma de atendimento às UBS e aos outros setores é mensal, com exceção da UPA 24 horas, SAMU e Farmácia Básica do Posto Central, que possuem seu atendimento semanal. Possui um farmacêutico de referência.

A Farmácia Básica Central está localizada no prédio na Policlínica Central e armazena e dispensa medicamentos e insumos do CBAF recebidos do Almoarifado de Medicamentos para os usuários das UBS que a procura. Também aqui existe um farmacêutico de referência.

As UBS possuem dispensação de medicamentos relacionados na REMUME, com exceção dos medicamentos sujeitos a controle especial constantes na Portaria/SVS nº 344, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a). Estas unidades não possuem farmacêuticos localmente, tendo o seu apoio matricial realizado por um farmacêutico, totalizando 30 horas semanais pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Os Centros de Atenção Psicossocial não realizam dispensação de medicamentos diretamente à população, porém, devido ao seu perfil de atendimento, o Centro de Atenção Psicossocial II fica com a guarda de medicamentos de alguns pacientes que não possuem responsável para auxílio na sua administração. Esta unidade conta com um farmacêutico para atendimento e gerenciamento destes medicamentos com a carga horária de 30 horas semanais.

Os medicamentos da Portaria/SVS nº 344, de 12 de maio de 1998, são dispensados na Farmácia Básica da Policlínica Central e na Farmácia Básica da Clínica da Família, onde são gerenciados através do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS¹⁸, garantindo segurança e controle na sua dispensação, agilizando o acesso a informações como perfil de usuários no município, entre outros relatórios de importância para o planejamento da política de Assistência

¹⁸ O HÓRUS é um sistema de informação via web, disponibilizado a partir de 2009 aos estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais indígenas pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde. O Sistema objetiva qualificar a gestão da AF nas três esferas do SUS e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população. Na atualidade, conta com 4 módulos, direcionados a cada um dos componentes da AF e a gestão da AF no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/horus>, acessado em 07 de março de 2023.

Farmacêutica municipal.

O município está entre os 30 polos do CEAF existentes no estado. O polo, denominado de Farmácia de Medicamentos do CEAF localizado na Policlínica Central, é informatizado e utiliza o Sistema HÓRUS Especializado¹⁹, para garantir a segurança e agilidade na prestação de contas junto ao estado e no atendimento ao usuário. Estão adscritos uma população em torno de 121.636 habitantes referentes aos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Três Rios. Possui um farmacêutico com horário integral.

A Vigilância Epidemiológica centraliza todos os medicamentos do CESA, tendo sua gerência realizada pelo farmacêutico referência deste setor; todos os dados são alimentados no sistema HÓRUS no município, usando o módulo deste componente específico.

A Farmácia Judicial foi implantada em 2009, no intuito de organização das etapas que envolvem a logística de medicamentos, fórmulas alimentares, correlatos e insumos judicializados, espelhada nas regras de execução da Assistência Farmacêutica no âmbito administrativo do SUS. Este setor está localizado junto à Coordenação da Assistência Farmacêutica na Policlínica Central. Possui farmacêutico exclusivo, que inclusive emite memorando ao NAPASS informando se o medicamento ou insumo foi dispensado ao autor para cumprimento da decisão judicial.

Por fim, cabe mencionar que o município, através de sua Assistência Farmacêutica, participou da Chamada Pública SCTIE/MS nº 3 de 5 de julho de 2022, que tratou de processo seletivo de projetos para apoio e financiamento à estruturação de Farmácias Vivas do Ministério da Saúde. O resultado final publicado em outubro de 2022 contemplou o Projeto "Farmácia Viva" de Três Rios-RJ, como um dos 5 municípios selecionados em todo o Brasil. No contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e do SUS, a Farmácia Viva compreende todas as etapas, desde o cultivo, coleta, processamento, armazenamento de plantas medicinais, manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas

¹⁹ O módulo Especializado do Hórus foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, por meio de parceria entre o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), para gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, buscando qualificar a gestão do CEAF e possibilitando a realização eletrônica de todas as etapas envolvidas na execução deste Componente. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/horus/modulo-especializado>, acessado em 07 de março de 2023.

medicinais e fitoterápicos que serão distribuídos gratuitamente para a população através das Farmácias Básicas (BRASIL, 2010b).

3.2.4 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Uma das características da saúde de Três Rios é a integração entre a Central de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contratualização, de modo a possibilitar a troca de informações para uma boa análise de necessidades de saúde da população assistida, a correta contratualização de serviços e a indicação de serviços adequados e de qualidade (TRÊS RIOS, 2021c).

Para tanto, o município vem realizando o estudo das demandas atendidas e reprimidas; bem como o conhecimento detalhado da Rede Regional de Atenção à Saúde e dos seus pontos de atenção, que devem dar retaguarda à assistência desses grupos de risco e agravos, para estabelecer, a partir destas informações, as necessidades da Programação Pactuada Integrada municipal e regional, bem como o que deve ser habilitado e contratualizado, tanto de serviços próprios quanto de terceiros, com qualidade (TRÊS RIOS, 2021c).

A Programação Pactuada Integrada, as contratualizações, as agendas, os fluxos de acesso e os protocolos de regulação são instrumentos fundamentais para o adequado funcionamento da Central Municipal de Regulação MR e a garantia do acesso, da continuidade da atenção e da equidade (TRÊS RIOS, 2021c).

A Central de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria realiza a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos, consultas, exames, leitos e outros procedimentos que se fizerem necessários e, que garantam o acesso e a continuidade do cuidado, contemplando atribuições de sua competência. A Central conta com sala de regulação, regulação médica de consultas e exames, e as áreas técnicas Controle e Avaliação, Auditoria, Faturamento e CNES (TRÊS RIOS, 2021c).

Três Rios possui um Complexo Regulador Municipal composto por: a) Central Municipal de Regulação de Consultas e Exames - consultas especializadas da rede

própria e os exames de alta complexidade, exames de média complexidade da rede própria e contratada, sob regulação municipal através do SISREG III; b) Central Municipal de internação hospitalar 24h de urgência e eletivas – leitos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, pediátricos e traumato-ortopédicos de urgência e eletivas sob regulação médica através do SISREG III e Central de Regulação Médica de Urgência – SAMU (TRÊS RIOS, 2021c).

Todos os procedimentos ambulatoriais estão sob regulação, exceto os procedimentos de urgência realizados na UPA 24 horas, as consultas de Atenção Primária à Saúde realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e os procedimentos odontológicos.

Em 2021, houve a implementação da descentralização de acesso para a Estratégia de Saúde da Família, que permitiu organizar a demanda, de modo que o usuário pôde utilizar os serviços obtendo mais facilidade no acesso (CLEVELAND; SANTOS, 2022).

Quando se trata de recurso tecnológico não disponível na rede municipal, o setor de Tratamento Fora do Domicílio acolhe a solicitação e realiza a inserção: a) no Sistema Estadual de Regulação, a fim de ser regulada pela Central Estadual de Regulação, Central Unificada de Regulação e Central Regional de Regulação Centro Sul Fluminense para as referências pré-estabelecidas respeitando os níveis de complexidade e responsabilidade; ou/e b) no SISREG/SER, pelo Ambulatório Estadual de responsabilidade do município do Rio de Janeiro.

A Central Estadual de Regulação regula o serviço ofertado de Terapia Renal Substitutiva e os leitos de UTI adulto do município. A Central Regional de Regulação Centro Sul Fluminense, apesar de situada em Três Rios, não trabalha em regime de cogestão municipal e tem atribuição de regulação ambulatorial e hospitalar de alta complexidade da atenção cardiovascular, oncológica e traumatologia-ortopédica.

3.2.5 Estrutura Jurídica

Considerando a temática subjacente a essa dissertação, é oportuno relatar que o município conta com a Justiça Estadual, composta pelas 1ª Vara, 2ª Vara, Vara de Família, Infância, Juventude e do Idoso, e da Vara de Juizado Especiais Cível e

Criminal; a Justiça Federal, com a Vara Única de Três Rios; uma sede do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPE-RJ) e uma sede da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE-RJ).

A Procuradoria-Geral do Município possui a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS), que era constituída de um único Procurador até o novembro de 2022. Contudo, em função das complexidades das atribuições, a partir desta data foi indicado mais um Procurador. Os dois Procuradores atuam diretamente com a equipe multidisciplinar do NAPASS e estão disponíveis diuturnamente para recebimento e resolução das demandas judiciais.

3.3 Delimitação temporal do estudo

O intervalo temporal coberto pelo estudo compreendeu o período de 2008 a 2021. A escolha do ano inicial se justifica por ser um momento em que já existia substancial movimento de judicialização no município e, também, corresponder ao ano anterior em que foi criado um Setor Jurídico dentro da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil de Três Rios (SMSDC), para auxiliar no manuseio desse problema. Dessa forma, o período de estudo buscou cobrir toda a existência da estratégia de gestão construída no município para lidar com esse problema e objeto da presente dissertação.

3.4 Fontes de dados

O estudo compreendeu duas estratégias metodológicas principais: a) levantamento e análise das normativas legais e outros documentos que foram utilizadas como base para descrição da dinâmica de implantação e funcionamento do NAPASS, a partir de 2009; b) levantamento e análise de dados secundários coletados no campo de pesquisa, com base nas demandas judiciais e extrajudiciais recebidas entre os anos de 2008 e 2021.

O levantamento e análise das normativas legais envolveram as Leis, Portarias e Decretos ministeriais, estaduais do Rio de Janeiro e municipais de Três Rios relativos às políticas públicas de saúde e, principalmente, à reestruturação da Assistência Farmacêutica. Estas foram coletadas nos sites oficiais do Portal da Legislação, da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, da SES-RJ e da CIB-RJ. No caso específico do município, foram foco de destaque normativas legais e outros documentos emitidos pela SMSDC, pela Câmara de Vereadores e o Boletim Informativo Oficial do Município de Três Rios.

Em relação ao levantamento e análise de documentos, a fonte de coleta de dados foi restrita aos dados disponibilizados pelo NAPASS referentes às demandas judiciais e extrajudiciais pleiteando ações e serviços em saúde ao município.

Quanto aos dados das demandas judiciais e extrajudiciais, o NAPASS possui um arquivo próprio, organizado em meio físico, com as ações judiciais que tiveram o município de Três Rios como réu isolado ou em solidariedade com Estado do Rio de Janeiro e/ou União. A par o arquivo físico, possui também duas planilhas organizadas e continuamente atualizadas, uma para as ações judiciais recebidas pelo ente municipal (Planilha de Controle das Ações Judiciais) e outra exclusiva para as demandas administrativas oriundas da DPE-RJ (Planilha de Controle dos Ofícios da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro).

Na primeira planilha consta o registro das ações judiciais recebidas com as seguintes variáveis categorizadas: número do processo, ente(s) federado(s) demandado(s) como réu(s) - União, Estado e/ou Município, representação processual (DPE-RJ, da Advocacia Privada e do Ministério Público) e objeto imediato da ação.

Os objetos imediatos foram classificados como assistência farmacêutica (medicamentos e insumos médicos), regulação (consulta, exame, procedimento cirúrgico, internação e transferência) e outros (fralda, leite, transporte, órtese, prótese, oxigênio domiciliar, cadeira de rodas e *homecare*).

Na segunda planilha, restrita à DPE-RJ, consta o número do ofício e o objeto imediato da solicitação. Considerando que parte da demanda é resolvida de forma administrativa pelo NAPASS sem resultar em judicialização, esta planilha é uma fonte importante para a análise dos métodos alternativos de resolução extrajudicial de conflitos e útil para evidenciar parte dos resultados da atuação do Núcleo.

Não foi feita consulta ao *site* do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, porque isso exige consulta física/eletrônica com senha, que não era de acesso da

pesquisadora, além de demandar uma exigência de tempo que superaria o definido para a integralização desse mestrado profissional.

3.5 Etapas do estudo

O desenvolvimento do estudo, de forma consoante aos objetivos específicos definidos, envolveu quatro etapas cujos caminhos metodológicos encontram-se detalhados na sequência.

3.5.1 Descrição da implantação e evolução do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009

Para a consecução do primeiro objetivo disposto para esse produto acadêmico, além da experiência cotidiana do coordenador do Núcleo, foram utilizadas normativas legais que orientaram sua criação e processos de trabalho, bem como um conjunto de apresentações do trabalho executado no NAPASS realizadas em congressos e outros eventos.

Especificamente em relação a estes últimos, deve ser mencionado que o NAPASS e seu *modus operandi* foi objeto de apresentações e premiações de melhores e exitosas práticas de gestão de saúde pública, as quais foram também utilizadas como material de pesquisa.

Os objetivos, as bases legais que apoiaram o processo de implantação do NAPASS, a estrutura física, evolução na quantidade e perfil dos profissionais atuantes e principais dificuldades vivenciadas pelo Núcleo ao longo do tempo foram descritas.

Uma linha do tempo objetivando destacar os principais eventos relacionados ao Núcleo foi elaborada e, buscando detalhar o modo de funcionamento do NAPASS, fluxogramas dos procedimentos para recebimento de demandas judiciais e extrajudiciais e encaminhamento aos setores responsáveis para providências foram desenhados e trazidos.

3.5.2 Caracterização das estratégias implementadas pela gestão municipal para abordar a judicialização da saúde, a partir do ano de 2009

Em atendimento ao segundo objetivo definido para a dissertação, pareceu imprescindível avaliar se o município possui (ou desenvolveu ao longo do tempo) uma gestão institucional organizada para abordar a judicialização de saúde.

Nesse sentido, as estratégias implementadas pelo município no período em questão foram identificadas e posteriormente caracterizadas de acordo com as nove categorias com atuação judicial ou extrajudicial propostas por Yamauti *et al.* (2020), dispostas adiante, no Quadro 6, a seguir, - “Categorização das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde”.

A caracterização feita pelos autores teve por objetivo analisar as estratégias implementadas em instituições públicas, dos sistemas de saúde e da justiça, para abordar a judicialização da saúde. A opção pelo seu uso considerou que as características elaboradas foram baseadas em dispositivos legais brasileiros e em recomendações internacionais e nacionais para qualificar serviços de saúde, contribuindo na sistematização e na tradução do conhecimento à prática da gestão.

Quadro 6 – Categorias utilizadas para análise das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde (continua)

Categoria	Explicação
	Dispositivos Legais
Métodos de solução consensual de conflitos	A solução consensual de conflitos está prevista na Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (BRASIL, 2015) do Código de Processo Civil Brasileiro, que decreta em seus parágrafos 2º e 3º do art. 3º que a conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial, além de serem promovidos pelo Estado, sempre que possível.
Apoio técnico ao judiciário	Esta categoria engloba os núcleos de apoio técnico ao judiciário e serviços que fornecem pareceres técnicos sobre tecnologias de saúde. Ela tem como base, a Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 238, de 6 de setembro de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016), que dispõe sobre a criação de Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário constituído de profissionais da saúde, para elaborar pareceres considerando a melhor evidência disponível e a Recomendação do Conselho Nacional de Justiça nº 31, de 30 de março de 2010 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010a), que recomenda aos Tribunais que adotem medidas para melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.
Cumprimento das decisões judiciais	Categoria balizada na Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, do Código do processo civil (BRASIL, 2015), explica em seus parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 203 que os pronunciamentos ou declarações das resoluções tomadas pelo Juiz consistirão por: sentença - põe fim à fase cognitiva do procedimento comum e extingue a execução; decisão interlocutória - é todo pronunciamento judicial de natureza decisória que não se enquadra como sentença; ou despachos - demais pronunciamentos praticados no processo, de ofício ou a requerimento da parte. Estas resoluções devem ser cumpridas pelas instituições judicializadas sob pena de multas, sequestro de verbas ou prisão do representante institucional.
Processo administrativo	Esta categoria se baseia na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999c), que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, em seus artigos 5º, 6º e 7º, define que o processo administrativo deverá ser efetuado a partir de uma solicitação do interessado mediante ofício ou formulário padronizado com os seguintes dados: I - órgão ou autoridade administrativa a que se dirige; II - identificação do interessado ou de quem o represente; III - domicílio do requerente ou local para recebimento de comunicações; IV - formulação do pedido, com exposição dos fatos e de seus fundamentos; V - data e assinatura do requerente ou de seu representante. O servidor deverá orientar o interessado quanto ao suprimento de eventuais falhas e não poderá efetuar a recusa motivada de recebimento de documentos. O processo administrativo também está presente na Administração Pública estadual e municipal.
Defesa do ente público	O Decreto presidencial nº 7.392, de 13 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos Lagos em comissão da Advocacia-Geral da União; define, em seu anexo I, que a Advocacia-Geral da União é a instituição que representa e defende a União, judicial e extrajudicialmente, por meio de consultoria e assessoramento jurídicos ao Poder Executivo. A Procuradoria-Geral Federal exerce tais funções sobre as autarquias e fundações federais, a Procuradoria-Geral do Estado e a Procuradoria-Geral do Município atuam no âmbito dos governos estadual e municipal, respectivamente.

Quadro 6 – Categorias utilizadas para análise das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde (conclusão)

Categoria	Explicação
	Dispositivos Legais
Comitê estadual da saúde	Os comitês estaduais da saúde estão previstos na Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 238, de 6 de setembro de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016), que dispõe sobre a criação e manutenção de Comitês Estaduais da Saúde pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais e na Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 107, de 6 de abril de 2010 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010b), que define que esses comitês possuem as mesmas atribuições previstas ao Comitê Executivo Nacional. Destaca-se que tais comitês devem propor medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais, definir estratégias nas questões de direito sanitário e auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário. Além disso, cada comitê deve possuir representação multiprofissional mínima de Magistrados, gestores da área da saúde, e demais participantes do Sistema de Saúde e de Justiça.
	Recomendação para qualificar serviços de saúde
Organização da assistência	A organização da assistência é baseada na ordenação da gestão da saúde, que toma como referência o diagnóstico de realidades locais e do município como um todo, respondendo às necessidades da população, seja no âmbito da Atenção Básica de Saúde/Saúde da Família ou da atenção especializada em todos os níveis de resolutividade" (SIQUEIRA, 2015). Esta categoria inclui toda e qualquer estratégia implementada com foco principal sobre o planejamento, organização e gestão dos serviços prestados à população e sobre o ciclo da assistência farmacêutica (seleção, aquisição, distribuição, armazenamento, dispensação).
Sistema informatizado de informações	A tecnologia da informação e comunicação é um conjunto de instrumentos composto por computadores, softwares, dispositivos de captura de dados, dispositivos de comunicação sem fio e redes locais e de longa distância que movimentam informações. Ela inclui, também, as pessoas que projetam, implementam e dão suporte a essas ferramentas e ao sistema de informação (DESCRITORES EM CIÊNCIA DA SAÚDE, 2017). Um sistema de informação é uma ferramenta que fornece suporte de informação para o processo de tomada de decisão em cada nível de uma organização (HOLLOWAY; GREEN, 2003). Neste contexto, um sistema informatizado de informações é um sistema que fornece informações sobre o cidadão e o fornecimento de serviços e/ou para gerenciar as demandas, na área da saúde e/ou do jurídico, utilizando tecnologia da informação e comunicação.
Comissão de farmácia e terapêutica	As comissões de farmácia e terapêutica (ASENSI; PINHEIRO, 2015) são fóruns que reúnem todos os envolvidos nas decisões sobre o uso de medicamentos em qualquer nível de um sistema de saúde. Tem a função de desenvolver políticas de medicamentos, além de possuir caráter técnico-consultivo às equipes de saúde e administrativas para assuntos ligados à Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. É responsável pela avaliação e a seleção de produtos para compor listas de medicamentos e, também, pelo desenvolvimento de protocolos clínicos e diretriz terapêuticas.

Fonte: Elaboração da autora a partir de Yamauti *et al.* (2020, p. 6).

3.5.3 Análise do perfil de demandas judiciais e extrajudiciais contra o município de Três Rios-RJ, entre os anos de 2008 e 2021

Como critério organizacional para a realização desta etapa, foi elaborado um banco no programa Microsoft Office Excel® com dados quantitativos que permitiram a construção do perfil da judicialização promovida contra o município de Três Rios, de modo a identificar algumas de suas características. Em termos temporais, a análise buscou identificar mudanças ocorridas durante período estudado e, inclusive, verificar se havia indícios de “desjudicialização”²⁰ concorrente ao tempo de funcionamento do NAPASS, com diminuição dos números de novas ações judiciais e melhoria de acesso à saúde aos usuários.

As bases para a construção do banco foram a “Planilha de Controle das Ações Judiciais” e a “Planilha de Controle dos Ofícios da Defensoria Pública”, já mencionadas.

Foram excluídas as ações exclusivamente referentes a danos morais ou materiais, planejamento familiar, direito ao aborto, internação compulsória psiquiátrica ou vulnerabilidade social e abrigo.

Foram incluídos os casos definidos como as ações com “Obrigação de Fazer com pedido de Tutela de Urgência”, ou seja, processos judiciais que contêm decisão em que se obriga os réus a cumprirem uma ordem em determinado prazo, antes mesmo da sentença, uma vez que muitas vezes o dano ou prejuízo causado pela demora pode ser irreparável ou irreversível. Assim, implica na antecipação da concessão do direito pleiteado, sob pena de aplicação de multa diária ou outras sanções previstas em lei. Por ser tratar de direito à vida, inclusive envolvendo risco de morte, as ações propostas em face do município são, em sua totalidade, acompanhadas de pedido de tutela de urgência.

²⁰ Segundo Ribeiro (2013, p. 30), “o fenômeno da desjudicialização significa a possibilidade de solução de conflitos de interesse sem a prestação jurisdicional”. Várias iniciativas que contribuem para a desjudicialização na saúde são mencionadas na literatura, entre as quais: adoção de câmaras de mediação antes das demandas judiciais; reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria de Saúde e Núcleos de Apoio Técnico dos tribunais; ampliação das vias não judiciais etc. (SILVA; SCHULMAN, 2017).

A análise realizada buscou responder às seguintes questões:

- a) qual o quantitativo (em números absolutos) de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ nos anos de 2008 a 2021?
- b) qual o quantitativo (em números absolutos) de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ solidários com os entes federados nos anos de 2008 a 2021?
- c) qual o quantitativo (em números absolutos) de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ solidários com os entes federados segundo representação processual nos anos de 2008 a 2021?
- d) qual o quantitativo (em números absolutos) de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ solidários com os entes federados segundo objeto imediato nos anos de 2008 a 2021?
- e) qual o quantitativo de números absolutos e o percentual de ofícios da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recebidos e respondidos pelo NAPASS comparados às ações ajuizadas nos anos de 2008 a 2021?

3.5.4 Fatores positivos e negativos na abordagem da judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ, a partir do ano de 2009

No propósito de identificar os fatores positivos e negativos na abordagem do município ao problema da judicialização, foi utilizado o método de gestão denominado Análise SWOT.

Oriunda da gestão empresarial, o termo SWOT se refere a *Strengths* – forças, *Weaknesses* – fraquezas, *Opportunities* – oportunidades, e *Threats* – ameaças. Esses quatro elementos servem como indicadores da realidade situacional de uma organização (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003) e podem ajudar os formuladores de políticas e decisores em diferentes setores a planejar e implementar várias políticas e programas, bem como processos de decisão. Algumas aplicações dessa ferramenta

na área de saúde são identificadas na literatura (CHRISTIANSEN, 2002; GIBIS *et al.*, 2001; KAHVECI; MEADS, 2008; ZON; PAVLOVA; GROOT, 2019).

A escolha dessa abordagem para a análise justificou-se por ser uma ferramenta prática e simples, pois é através dela que a organização consegue ter uma visão clara e objetiva sobre quais são seus pontos fortes e fracos no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças no ambiente externo (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). De acordo com Tavares (2010), essa matriz contribui para que os gestores possam identificar quais são os pontos que afetam o desempenho de uma organização, sejam aqueles que auxiliam no desenvolvimento e/ou aqueles que prejudicam as atividades a serem exercidas. Partindo desse reconhecimento e da compreensão de que o ambiente é dinâmico e as organizações podem andar por diferentes caminhos e mudarem sua situação, ela facilitaria também o planejamento futuro, avançar em melhorias relativas ao todo ou a uma situação específica.

Para esta identificação, foi elaborada uma Matriz SWOT adaptada de Chiavenato e Sapiro (2003), na qual foram posicionados os fatores positivos (forças e oportunidades) nos quadrantes à esquerda e os fatores negativos (fraquezas e ameaças) à direita, conforme disposto na Figura 11.

Figura 11 – Matriz SWOT



Fonte: Elaboração da autora a partir da Matriz SWOT adaptada de Chiavenato e Sapiro (2003, p.188).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa utilizou informações públicas obtidas de arquivos físicos e de sítios eletrônicos de acesso aberto, assim como dados institucionais de caráter administrativo e não sigilosos, não nominados.

Em decorrência, dispensou aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização, de acordo com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013) e nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016).

Com vistas a esclarecer potenciais conflitos de interesse, a pesquisadora informa que é servidora pública municipal de Três Rios, com cargo efetivo de médica, coordenando, desde 2009, o NAPASS - objeto de estudo dessa dissertação. Considerando a relação da pesquisadora com o Núcleo, foi elaborado Termo de Anuência ao Projeto de Pesquisa, assinado pela Secretária de Saúde e Defesa Civil do Município de Três Rios-RJ, autorizando a utilização dos dados secundários, com acesso dentro do NAPASS e somente para embasamento dos objetivos propostos no estudo (ANEXO A).

Cumprindo as exigências da SES-RJ, o projeto foi submetido à avaliação da Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde, em conjunto com Área Técnica Superintendência de Regulação dessa mesma Secretaria, em consonância à Resolução SES nº 2361 de 30 de julho de 2021 (RIO DE JANEIRO, 2021a) (ANEXO B).

5 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS PARA LIDAR COM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: O PAPEL DO NÚCLEO DE APOIO À PROCURADORIA ADJUNTA DE SUPORTE À SAÚDE

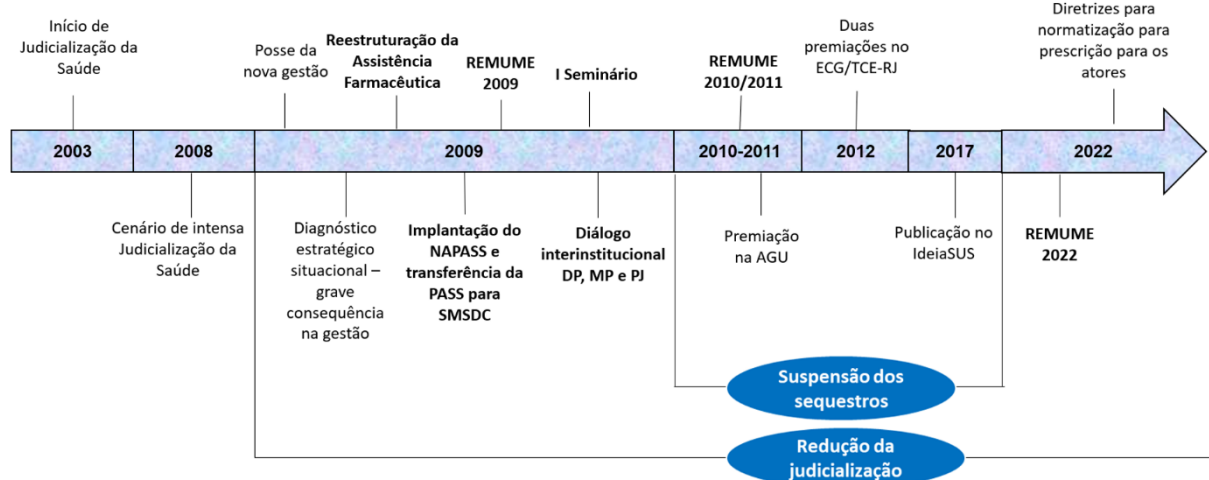
5.1 O Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios-RJ: uma história de sua implantação e evolução

Descrever a história e atuação do NAPASS implicou em entendê-lo como produto de uma ação que foi desenhada, implementada e motivada pelo espectro da judicialização no contexto municipal, cujos impactos se revelavam muito significativos antes de sua criação e ainda persistem sendo, de forma menos intensa, na atualidade.

Mas é mais que isso. Trata-se de uma estratégia que fez parte — e assim se mantém — de reestruturação de todo o processo da Assistência Farmacêutica em Três Rios, com vistas a melhorar o acesso aos medicamentos e a tornar sua utilização mais racional e efetiva no SUS local. Essa compreensão abrangente orienta o relato de sua história e de sua atuação nestes catorze anos de existência dispostas nesse capítulo.

Os principais eventos-chaves da implantação e evolução do NAPASS, como parte desse processo, condizente com a visão abrangente acima mencionada, estão presentes na linha do tempo exposta na Figura 12, e discutidos com detalhes na sequência.

Figura 12 - Linha do tempo da implantação e evolução do NAPASS como parte desse processo



Legenda: Advocacia Geral da União (AGU); Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DP); - Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (ECG/TCE-RJ); Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente (IdeiaSUS); Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS); Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS); Ministério Público (MP); Poder Judiciário (PJ); Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); Secretaria Municipal de Saúde e Defesa e Civil (SMSDC).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

5.1.1 Os antecedentes de criação do NAPASS

A gestão do SUS municipal empossada em primeiro de janeiro de 2009 teve, como um dos maiores desafios e que exigia ações urgentes, a intensa judicialização da saúde, majoritariamente na Assistência Farmacêutica, com graves consequências no planejamento, programação e financiamento do SUS local.

Uma notificação do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ), através do Ofício PRS/SSE/CSO nº 1261/2009, de 14 de janeiro de 2009, endereçado ao Secretário Municipal de Saúde e referente à Inspeção Operacional Ordinária realizada no Sistema Municipal de Saúde de Três Rios no período de 02 a 20 de junho de 2008, ajuda a destacar a expressão do problema e seus impactos na época. O Relatório desta auditoria do TCE-RJ concluiu que

[...] as demandas judiciais contra a administração pública municipal iniciaram no período de 2003 [...]

[...] a deficiência no planejamento e na gestão da assistência farmacêutica do município é fator preponderante na manutenção, desde 2003, das ordens judiciais contra a Prefeitura [...]

[...] observamos que o ponto menos consistente do sistema municipal de saúde de Três Rios está na assistência farmacêutica, cujo desempenho sofre forte influência por demandas judiciais por parte dos municípios. Tais solicitações judiciais interferem sobremaneira na rotina diária da administração sanitária do município [...]

[...] A situação encontrada pode ser caracterizada como judicialização da gestão do SUS municipal no campo da assistência farmacêutica [...]

[...] as solicitações judiciais de busca e apreensão de dinheiro em conta corrente bancária de titularidade da Prefeitura Municipal de Três Rios, é a mais relevante contingência enfrentada pela administração pública local relacionada à Gestão da Saúde Pública [...]

[...] Por fim, o pior desempenho do Sistema Municipal de Saúde de Três Rios ocorre no setor de abastecimento e dispensação de medicamentos, onde se observa forte judicialização da administração, com um excessivo volume de mandados judiciais, que interferem, sobremaneira, nas atividades da administração sanitária local. A administração do SUS local, por sua vez, se mostra imobilizada e incapaz de desenvolver ações preventivas para reverter a grave situação do desabastecimento de medicamentos do município (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, 2009, p. 35-50).

O diagnóstico estratégico-situacional realizado pela equipe gestora municipal confirmou a desorganização e baixa capacidade de gestão da Política de Assistência Farmacêutica no município, a individualização da demanda em detrimento do coletivo e a falta de articulação intersetorial na busca de soluções para o problema da judicialização.

A inexistência de quaisquer instrumentos de regulação do acesso racional a medicamentos no SUS do município, aliado ao desconhecimento das normativas que regulamentavam a Assistência Farmacêutica por parte do corpo gestor da SMSDC, trabalhadores do setor saúde, controle social, usuários e prestadores de serviços de saúde, evidenciava a baixa priorização que as gestões anteriores conferiam ao tema.

Dessa forma, a gestão do SUS municipal, preocupada com a necessidade de reorganização da Assistência Farmacêutica de Três Rios, reestruturou-a observando as normativas, diretrizes e pactuações adotadas no nível nacional e estadual e o perfil socioepidemiológico da população local.

5.1.2 A reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios e o Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde como parte desse processo

Para a implementação da Política da Assistência Farmacêutica no SUS municipal, o chefe do executivo nomeou, através da Portaria Municipal nº 319/2009/GP, datada de abril de 2009, a Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica, responsável pelo “Planejamento, Seleção, Programação, Acompanhamento, Controle e Avaliação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS municipal” (TRÊS RIOS, 2009a).

A Comissão teve como base a Portaria MS/GM nº 3237, de 24 de dezembro de 2007, que aprovou as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde e que definia a responsabilidade tripartite no seu financiamento (BRASIL, 2007b).

A Comissão promoveu reuniões com profissionais médicos e odontólogos da atenção básica e especializada para a definição da REMUME, tarefa que veio a ser orientada pela Deliberação CIB/SUS-RJ nº 530, de 14 de agosto de 2008, que havia aprovado, no âmbito estadual, as normas para execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na atenção básica, a serem implementadas a partir de janeiro de 2009 (RIO DE JANEIRO, 2008). Então, neste ano foi elaborada a 1ª edição da REMUME do município, com 112 itens, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e a ser revisada periodicamente.

Posteriormente, visando disciplinar a prescrição de medicamentos no SUS, o Poder Executivo publicou a Portaria Municipal nº 544/2009/GP, de 16 de novembro de 2009, normatizando a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades próprias, contratadas e conveniadas com o SUS local (TRÊS RIOS, 2009c).

Estabelecidos os instrumentos de regulação, controle e monitoramento da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, a equipe gestora da SMSDC, todos os prescritores da área de saúde, técnicos do setor e controle social foram convocados para participarem de um seminário, onde se apresentou a Política Nacional da Assistência Farmacêutica com a divisão das responsabilidades tripartites, a REMUME e as normas para a prescrição e dispensação de medicamentos, enfatizando o Uso Racional dos Medicamentos.

Ainda em 2009, foi elaborado o Plano Municipal da Assistência Farmacêutica, componente do Plano Municipal de Saúde, com objetivo de estruturar e planejar de forma adequada os passos que foram dados na área da saúde no município, pelos quatro anos seguintes.

Vislumbrou-se, naquela época, que só a reestruturação da Assistência Farmacêutica não era o suficiente para alcançar os objetivos de diminuir a intensa judicialização e assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS local. Foi, então, proposto e implantado o NAPASS como uma ferramenta de gestão na busca de conter a quantidade e o custo das demandas judiciais, mas assegurando o exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos.

O NAPASS funcionava como uma Câmara Técnica, composta de um farmacêutico, um médico, um assistente social, um psicólogo e um enfermeiro, que funcionava em uma sala ao lado do gabinete do Secretário Municipal de Saúde.

Especificamente, suas atribuições iniciais eram as seguintes: a) auxiliar a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS) em sua defesa frente à obrigação de cumprir o mandado judicial mediante análise dos processos e emissão de parecer técnico; b) avaliar a existência de oferta de serviço público para atendimentos das demandas que chegavam continuamente; c) interagir através de Educação Permanente dos prescritores e usuários na divulgação da REMUME; d) orientação quanto ao Uso Racional de Medicamentos, dentre outras ações.

Considerando que havia uma necessidade célere de comunicação com a PASS, a Procuradora Municipal foi deslocada da Procuradoria-Geral do Município para as dependências da SMSDC, a fim de execução de suas tarefas diárias junto com o NAPASS. Dessa forma, a defesa se tornou mais técnica e individualizada, o que possibilitou ao magistrado tomar uma decisão em prol do réu/município de forma mais confortável e segura.

Outra importante iniciativa da gestão do SUS local foi sobre a Regulação da Assistência Farmacêutica, ocorrida ao estreitar o relacionamento com o Ministério Público, a DPE-RJ e o Poder Judiciário no sentido de divulgar o escopo normativo da Assistência Farmacêutica e a REMUME 2009, esclarecendo ainda sobre a responsabilidade tripartite na aquisição e distribuição dos medicamentos do CEAJ e do CESAF.

No sentido de agilizar o recebimento das ações judiciais advindos do Poder Judiciário foi elaborado um projeto de fluxo, que visava otimizar, desburocratizar e

diminuir o tempo de percurso em um sistema esquematizado e ordenado, onde cada um possuía atribuições identificadas. Esse fluxo na sua atualidade encontra-se disposto e será mais discutido adiante.

A dispensação de medicamentos, segundo os preceitos das Boas Práticas de Dispensação (BRASIL, 2009), era realizada por farmacêutico ou por funcionário capacitado supervisionado pelo farmacêutico. Ao farmacêutico coube analisar e dispensar os medicamentos, etapa que incluía aviamento dos medicamentos e orientação ao paciente, ficando vedado a este profissional dispensar medicamento danoso à saúde do paciente ou seguir prescrição que colocava em risco o seu bem-estar (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004).

A Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica teve como missão promover constantemente, junto aos prescritores, ações de educação para o Uso Racional de Medicamentos e, sempre, utilizando as recomendações para as “Boas Práticas de Prescrição de Medicamentos na SMSDC de Três Rios”, baseadas na normativa municipal instituída (TRÊS RIOS, 2009c).

No intuito de promover uma prescrição de qualidade, que possibilitasse melhor adesão ao tratamento e diminuísse os riscos associados à utilização inadequada dos medicamentos, assim como os erros de dispensação, a confecção da prescrição no SUS municipal passou a atender aos seguintes requisitos essenciais:

- a) ser escrita de forma legível a tinta ou impressa;
- b) conter obrigatoriamente as seguintes informações: nome completo do paciente, número do prontuário (os medicamentos devem constar do prontuário médico), prescritos segundo a Denominação Comum Brasileira ou Denominação Comum Internacional (denominação genérica, princípio ativo) de acordo com RDC ANVISA nº 16/2007-, posologia completa e identificação completa do prescritor com nome, número do registro no respectivo conselho de classe e matrícula de servidor;
- c) ser elaborada em duas vias sem rasuras em receituário da rede SUS, sendo a cópia carbonada retida na unidade de saúde que dispensava os medicamentos e a original, escrita à tinta ou impressa, destinada ao paciente.

No momento da prescrição os profissionais de saúde foram orientados a terem em mente as seguintes diretrizes:

- a) A REMUME como norteadora das prescrições de medicamentos no âmbito da SMSDC Três Rios;
- b) discutir claramente o tratamento proposto com o paciente, esclarecendo suas dúvidas, visando garantir a utilização dos medicamentos;
- c) não receitar medicamentos sem eficácia e segurança comprovadas;
- d) optar pelo esquema terapêutico mais curto, mais simples e com menor custo, sempre que possível;
- e) avaliar o que foi prescrito, observando a disponibilidade pública do medicamento, através da garantia ao seu acesso.

Considerando a necessidade de atualização periódica da REMUME para que fosse utilizada como instrumento norteador da Assistência Terapêutica no SUS, foi aprovada por Decreto do Executivo Municipal nº 4.270, de 14 de dezembro de 2010, a 2ª edição da REMUME 2010/2011, a ser observada por todos os prescritores no âmbito das Unidades Próprias, Contratadas e Conveniadas com o SUS do município (TRÊS RIOS, 2010).

A revisão da REMUME 2010/2011 contou com a colaboração de diversos especialistas, como médicos, farmacêuticos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, que sugeriram a inclusão ou exclusão de itens em conformidade com seus padrões de prescrição e utilização e das pactuações estabelecidas junto à SES-RJ. Houve aumento de 112 para 138 itens.

A formulação e a implementação de relações municipais de medicamentos, periodicamente revistas e atualizadas, resguardaram e permitiram que predominassem as necessidades coletivas sobre os interesses mercadológicos e individuais, mediante a maior cobertura assistencial possível.

Neste sentido, a Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica juntamente com o NAPASS convocou e reuniu-se com os profissionais prescritores do SUS e, além de apresentar as bases e diretrizes nacionais, estaduais e municipais da Política de Assistência Farmacêutica, orientou individualmente os prescritores sobre a

composição da REMUME 2010/2011, e sobre as normas de prescrição e dispensação de medicamentos no SUS local.

O acesso a medicamentos do SUS de Três Rios, mesmo antes da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde pelo Decreto nº 7.508/2011, estava condicionado a:

- I - Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;**
- II - Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;**
- III - Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos e**
- IV - Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011c, grifo nosso).**

O princípio da igualdade de todos perante o SUS pressupõe que a garantia do acesso universal seja viabilizada por porta de entrada comum a todos. A SMSDC já estabelecia tal situação através da Portaria Municipal nº 544/2009 (TRÊS RIOS, 2009c), normatizando a prescrição e dispensação de medicamentos, dispendo, dentre outras regulamentações, que o fornecimento de medicamentos deveria ser acompanhado da entrega da prescrição adequada por profissional do SUS. Desta forma, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 corroborou a iniciativa do Executivo Municipal e iniciou a discussão sobre a “Integralidade Regulada” no SUS local.

A partir dessa prática de gestão de reestruturação da Assistência Farmacêutica adotada no município, baseada em normas e critérios estabelecidos nacionalmente, e da implantação do NAPASS, foi dado início a um importante impacto na redução da judicialização, principalmente de medicamentos, que se materializava também em substanciais sequestros de recursos do Fundo Municipal de Saúde por determinação do Poder Judiciário, e na ampliação do acesso racional a medicamentos aos usuários do SUS de Três Rios.

Cabe ser mencionado que a experiência de gestão do NAPASS foi premiada e divulgada pelo Brasil em seminários e congressos, conforme mostrado abaixo. Esse reconhecimento ajudou a fortalecer a iniciativa junto aos gestores do município e os diversos atores envolvidos, podendo ter ajudado na sua progressiva implantação.

Em 2011, o NAPASS, na pessoa da pesquisadora, apresentou a prática exitosa “Enfrentando a judicialização com gestão: A reestruturação da Assistência Farmacêutica no SUS de Três Rios” para o tema “Gestão e melhora da qualidade de

acesso ao SUS”, tendo sido classificada em segundo lugar no 1º Concurso Nacional de Práticas Exitosas no Manejo da “Judicialização” e da Gestão do Acesso aos Bens de Saúde, durante o Seminário Nacional sobre Direito e Saúde na Escola da Advocacia-Geral da União (AGU), em Brasília-DF (BANDEIRA, 2011). O objetivo era “incentivar boas práticas na redução de litigiosidade, gestão e na melhoria do acesso ao SUS”²¹.

Em 2011, o NAPASS, em parceria com a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS) e a Assistência Farmacêutica, recebeu duas premiações da Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (ECG/TCE-RJ). Os trabalhos premiados foram intitulados como “Acesso a Medicamentos e Equidade: a reestruturação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde de Três Rios” (BANDEIRA; SABINO, 2011) e “Direito a Saúde e Excessiva Judicialização, Interferência entre as Esferas de Governo Responsabilização e Implicações” (BANDEIRA; COSTA, 2011). O prêmio visou

[...] a estimular e divulgar práticas que resultem em melhoria da administração pública direta e indireta municipal, no âmbito do Estado do Rio. Em sua segunda edição, o Melhores Práticas incluiu a ida aos cinco municípios de uma equipe técnica multidisciplinar, formada por servidores do Tribunal, para verificar, in loco, as ações relatadas e habilitadas na fase preliminar do prêmio. Todos os gestores responsáveis pelos relatos selecionados receberam certificados de reconhecimento pelas ações desenvolvidas em seus municípios (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Mais recentemente, em 2017, o NAPASS foi objeto de publicação no Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente (IdeiaSUS) intitulada “A atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios como um norte para a contenção saudável da Judicialização em Saúde”, que foi apresentado no XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BANDEIRA *et al.*, 2017).

O IdeiaSUS é

[...] uma iniciativa da cooperação técnica entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o

²¹ Espaço Colaborativo Economia da Saúde / Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde. Municípios reduzem processos de judicialização. 28 de novembro de 2011. Disponível em: http://cvirtual-economia.saude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=390, acessado em 07 de março de 2023.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS. Tem como objetivo identificar, reunir e disponibilizar um banco de “práticas e soluções” em Saúde & Ambiente, e parte do princípio que a troca de experiências, “exitosas ou não”, são essenciais ao processo de consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (FIOCRUZ CAMPUS VIRTUAL, 2023).

Para fins de ilustração do trabalho desenvolvido ne dos resultados alcançados, valores e quantitativos dos sequestros de recursos do Fundo Municipal de Saúde foram mostrados nos trabalhos apresentados na ECG/TCE-RJ, na AGU e no Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e estão reproduzidos na Tabela 1. Estes trabalhos apontaram uma diminuição de número de sequestros de 177, no ano de 2008, para 8, em 2009. Objetivamente, isso representou uma redução de 95,4% dos números de sequestros no espaço de um ano. De 2010 em diante e até junho de 2017, nenhum sequestro mais foi realizado.

Tabela 1 - Sequestros efetuados nos cofres públicos do município de Três Rios, em quantitativo e valores (em R\$ correntes) nos anos de 2008 a junho de 2017

Mês	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010 até junho de 2017
	Nº total de sequestros 177	Nº total de sequestros 8	Nº total de sequestros 0 (zero)
	Valores (em R\$ correntes)	Valores (em R\$ correntes)	Valores (em R\$ correntes)
Janeiro	32.163,81	17.635,42	0,00
Fevereiro	43.094,49	0,00	0,00
Março	35.151,83	16.420,76	0,00
Abril	53.612,98	19.290,00	0,00
Maio	55.155,05	91,10	0,00
Junho	9.683,21	19.740,00	0,00
Julho	59.551,81	0,00	-
Agosto	49.148,09	0,00	-
Setembro	83.907,95	0,00	-
Outubro	57.445,09	0,00	-
Novembro	41.629,76	9.578,00	-
Dezembro	49.935,20	0,00	-
TOTAL	570.479,27	82.755,28	0,00

Fonte: Elaboração da própria, a partir dos trabalhos do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS) apresentados por Bandeira (2011), Bandeira *et al.* (2017) e Bandeira e Sabino (2012).

Ainda no que tange à Atenção à Assistência Farmacêutica, o Poder Executivo instituiu através de Decreto nº 6.624, de 2 de agosto de 2021, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no Município, aprovando seu Regimento Interno (TRÊS RIOS, 2021a), bem como nomeou seus membros no Decreto nº 6.625, de 2 de agosto de 2021 (TRÊS RIOS, 2021b).

Essa Comissão é constituída por 10 farmacêuticos, um médico, um enfermeiro, dois dentistas e um membro do Conselho Municipal de Saúde (TRÊS RIOS, 2021b). A CFT elaborou a REMUME 2022, com colaboração do NAPASS, aprovada através do Decreto nº 6.920, de 12 de setembro de 2022, em formato de Guia de Medicamentos da Assistência Farmacêutica (TRÊS RIOS, 2022a).

Esse Guia se configura como a relação de 710 itens disponibilizados por meio de políticas públicas que foram estabelecidas em legislação normativa pactuada entre as três esferas de gestão do SUS. A lista contempla os medicamentos disponibilizados nos três componentes da Assistência Farmacêutica (CBAF, CEAF-RJ e CESAF), no Programa Farmácia Popular do Brasil e na Rede de Urgência e Emergência, conforme Tabela 2, e está disponível no *site* da Prefeitura Municipal²².

Tabela 2 – Guia de Medicamentos da Assistência Farmacêutica de Três Rios, de acordo com o quantitativo de itens e componente, no ano de 2022

Lista	Quantidade de itens
CBAF	168
CEAF-RJ	200
CESAF	145
Programa Farmácia Popular do Brasil	20
Rede de Urgência e Emergência	177
Total	710

Legenda: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Rio de Janeiro (CEAF-RJ); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF).

Fonte: Elaboração da autora a partir da REMUME 2022 (TRÊS RIOS, 2022a).

No que tange aos medicamentos pertencentes ao CEAF-RJ disponibilizados por grupo de financiamento²³, foi incluída também a relação, informando a necessidade da compatibilidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10) com a patologia do usuário, de acordo com os critérios de inclusão nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, através do *checklist* para abertura de processo de cadastro²⁴.

²² A REMUME encontra-se disponível para acesso no portal da Prefeitura Municipal de Três Rios: <https://tresrios.rj.gov.br/assistencia-farmacautica/>, acessado em 10 de março de 2023.

²³ A relação de medicamentos do CEAF-RJ por grupos de financiamento está disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTU5MDA%2C>, acessado em 10 de março de 2023.

²⁴ A relação de medicamentos do CEAF-RJ, de acordo com a CID-10, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e o *checklist* para cadastro está disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTU0ODM%2C>, acessado em 10 de março de 2023.

Levando em consideração a possibilidade dos profissionais da área de saúde e dos usuários desconhecerem onde esses medicamentos são dispensados, que por vezes é mencionado como um fator que favorece a judicialização (VIEIRA; ZUCCHI, 2007), os locais de acesso são informados, com os referidos endereços, na REMUME 2022.

Ademais, os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica decidiram incluir, neste Guia, 49 itens, sendo que 27 eram da lista da RENAME 2022²⁵, haja vista a necessidade de ampliar o acesso a todos municípios, devido primeiramente ao perfil socioepidemiológico do município e, também, ao alto índice de judicialização para alguns destes.

A par o fato de que toda REMUME deve estar adaptada à realidade local, a relação serve também para orientar e organizar os processos de aquisição dos produtos e insumos farmacêuticos, contribuindo para a melhor gerência dos recursos públicos municipais. Com a expansão da judicialização em saúde tem sido relativamente frequente no cenário nacional que as relações municipais de medicamentos (e, também, as RESME) passem a incorporar alguns produtos mais judicializados, mesmo quando existem alternativas terapêuticas nas listas oficiais, de modo a poder tornar os processos de compra mais planejados e minimizar os impactos financeiros associados (LISBOA; SOUZA, 2017; PINTO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015). Nesse sentido, existem questionamentos se a judicialização não está servindo como uma estratégia da indústria farmacêutica, com a colaboração de prescritores, geralmente dos serviços privados de saúde, e de determinados grupos de pacientes para “forçar” a incorporação de alguns medicamentos no SUS (CHIEFFI; BARRADAS; GOLBAUM, 2017).

Destaca-se que, de 2009 até 2022, foram publicadas três REMUME (Quadro 7), havendo um grande lapso de tempo entre a segunda e a terceira edição. Esse

²⁵ Medicamentos presentes na REMUME de Três Rios e fora da Rename: aminofilina 100mg comprimido, atenolol 25mg comprimido, bisoprolol 2,5mg comprimido, cetoconazol 200mg comprimido, cetoconazol 20mg/g bisnaga 30g, cilostazol 50mg comprimido, cloranfenicol 500mg comprimido, diosmina + hesperidina 450mg + 50mg comprimido, domperidona 10mg comprimido, flufenazina 25mg/ml solução injetável, glimepirida 2mg comprimido, ibuprofeno 100mg/ml solução oral, indapamida 1,5mg comprimido, levomepromazina 100mg comprimido, cloridrato de metformina 500mg comprimido liberação prolongada, cloridrato de metformina 850mg comprimido liberação prolongada, neomicina + bacitracina bisnaga 15g, nimesulida 100mg comprimido, norfloxacin 400mg comprimido, óleo de girassol frasco 200ml, pantoprazol 20mg comprimido, polivitamínico suspensão, polivitamínico gotas, polivitamínico comprimido, secnidazol 1g comprimido, sertralina 50mg comprimido, tobramicina 3mg/ml solução oftálmica.

intervalo, de onze anos, certamente limitou o acesso adequado e eficiente aos medicamentos essenciais necessários para a população e pode ter influenciado na demanda via judicialização, já que a literatura aponta que retardos nas atualizações das listas oficiais de medicamentos, e dos protocolos clínicos e diretrizes, podem ser um dos fatores que contribuem nesse processo (MANETTI; BERTINETTI, 2022; PINTO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015).

Quadro 7 - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Três Rios-RJ publicada entre os anos de 2009 e 2022, com os respectivos números de itens presentes e documentos legais

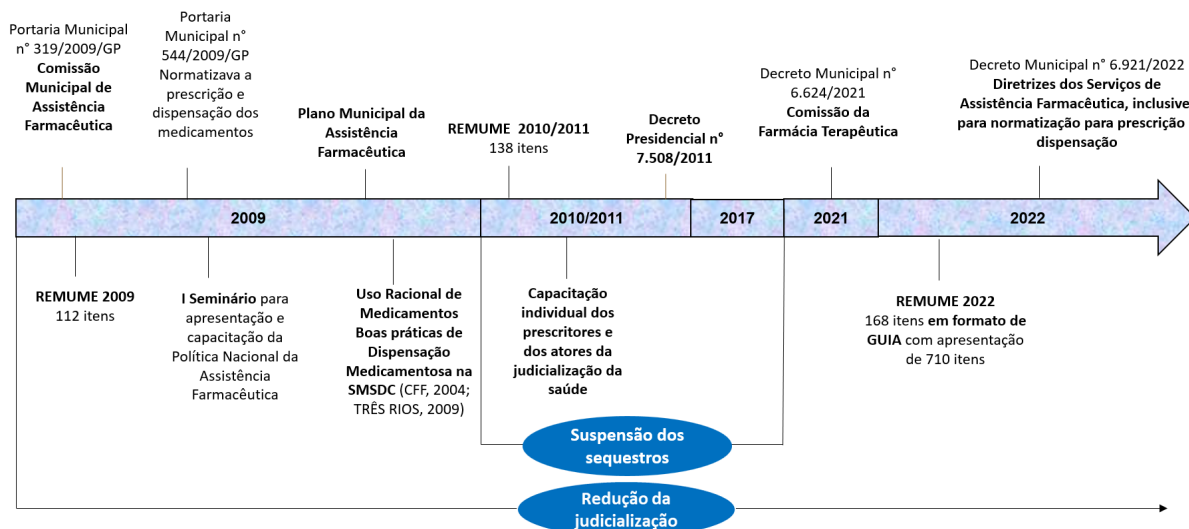
REMUME	Quantidade de itens	Decreto Municipal
2009	112	Não houve publicação de documento legal, somente aprovação do Conselho Municipal de Saúde
2010/2011	138	Decreto nº 4.270, de 14 de dezembro de 2010
2022	168	Decreto nº 6.920, de 12 de setembro de 2022

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

A fim de normatização das diretrizes dos serviços de Assistência Farmacêutica, definindo a organização e distribuição das tarefas, a prescrição, dispensação e fornecimento de medicamentos na rede municipal, parâmetros para o funcionamento e estrutura dos serviços, assim como capacitações para todos os profissionais envolvidos no processo da assistência, foi publicado o Decreto nº 6.921, de 12 de setembro de 2022 (TRÊS RIOS, 2022b).

A linha do tempo da reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios, apresentada resumidamente na Figura 13, a seguir, mostra que o NAPASS vem atuando como parte desse processo, de forma a tentar reduzir a judicialização de medicamentos, melhorar o acesso racional a medicamentos pelo usuário e contribuir para o entendimento entre a instância de saúde e o Judiciário.

Figura 13 - Linha do tempo da Reorganização da Assistência Farmacêutica em Três Rios/RJ como parte desse processo



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

5.1.3 A atuação e organização do NAPASS nos dias atuais

Considerando o objeto dessa dissertação, considera-se importante relatar resumidamente as etapas do processo de trabalho diário e atual do NAPASS, bem como sua dinâmica.

Para todas as demandas que chegam ao NAPASS, independente de já estarem ou não judicializadas, é realizado o registro e análise da solicitação médica. O registro é feito em planilha de Excel® dos dados relevantes para controle das demandas espontâneas, extrajudiciais e judiciais, pois inexistente até o presente um sistema informatizado. A análise da solicitação é feita a partir de relatório legível e circunstanciado, bem como da prescrição médica para acesso aos medicamentos no SUS Três Rios, conforme o Decreto Municipal nº 6.921, de 12 de setembro de 2022 (TRÊS RIOS, 2022b). Em relação aos laudos médicos referentes aos bens e serviços de saúde, é verificado se são disponibilizados pelo SUS e, caso contrário, se há alternativas terapêuticas.

Para as demandas que já chegam judicializadas, procedimentos específicos adicionais são realizados:

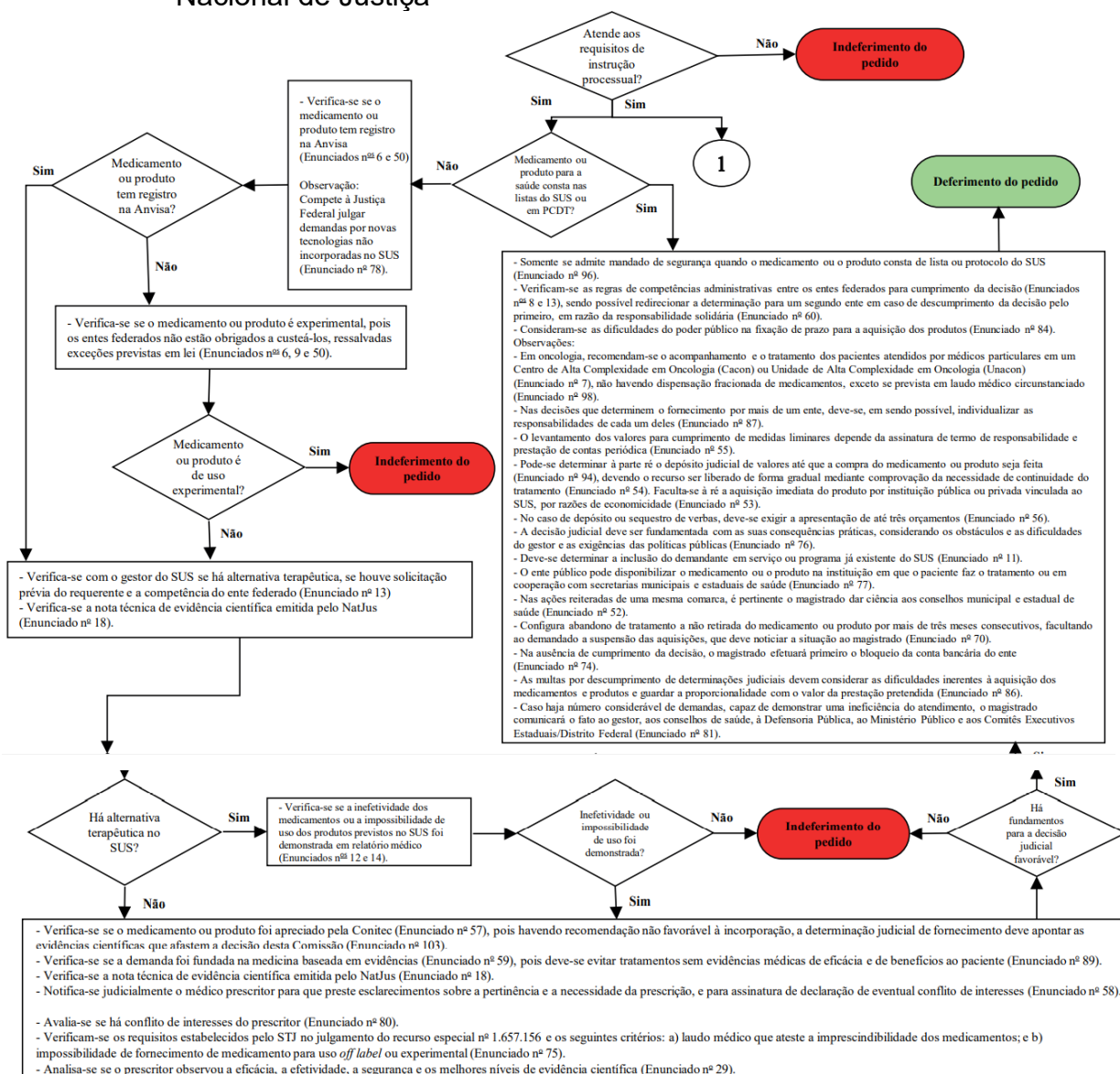
- a) análise da existência de pedido administrativo prévio;
- b) análise individualizada das ações judiciais e emissão de parecer técnico fundamentado, visando auxiliar e subsidiar a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS) na resposta ao Juízo, baseadas nos seguintes procedimentos de trabalho:
 - identificar se a demanda judicial é de medicamento experimental ou com registro ou autorização de uso pela Anvisa,
 - identificar se o(s) medicamento(s) prescrito(s) é(são) indicado(s) conforme a(s) bula(s) ou se configura(m) uso *off-label* (solicitados para o tratamento de enfermidades diversas daquelas para as quais inicialmente registrados pelos fabricantes e pelo órgão sanitário nacional),
 - identificar se o(s) medicamento(s) prescrito(s) pertence(m) às listas oficiais do SUS, verificando a RENAME 2022, RESME 2012 do Estado do Rio de Janeiro, no seu grupo de financiamento do CEAF e/ou REMUME 2022,
 - avaliar existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para a patologia do autor e a presença do medicamento demandado judicialmente nestes documentos e seu atendimento aos critérios de uso,
 - verificar avaliação prévia do medicamento demandado judicialmente nas recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec),
 - consultar o Banco Nacional de Pareceres – Sistema e-NatJus (Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário) no seu *site* de área pública,
 - verificar existência de oferta de bens e serviços de saúde, inclusive pesquisando no *site* do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP),
 - verificar possibilidade de substituição medicamentosa de acordo com as alternativas terapêuticas disponíveis e padronizadas no SUS,

- orientar os Magistrados quanto à observância dos regramentos do SUS, da responsabilidade de cada ente federado, da solicitação de análise técnica dos NatJus e das decisões baseadas em evidências médicas científicas e protocolos de tratamento estabelecidos pelo SUS,
- sugerir ingresso dos autores em tratamento regular na rede pública, caso isso não esteja ocorrendo,
- sugerir o ingresso de ação para ressarcimento aos cofres públicos municipais de despesas de competência de outro(s) ente(s), mas suportadas pelo Município de Três Rios,
- sugerir a inclusão dos entes federados responsáveis no polo passivo da ação,
- sugerir pedidos incidentais de sequestro do valor nas contas do Estado do Rio de Janeiro e/ou da União, referentes aos medicamentos do CEAF-RJ não disponibilizados ou de medicamentos de “zona cinzenta” de altíssimo custo,
- sugerir que a ação seja declinada para o Estado e/ou União, quando for de suas competências,
- sugerir que, caso haja eventual sequestro dos cofres públicos do município para aquisição de produtos ou medicamentos judiciais, se observe a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP)²⁶ no momento da compra pelo autor,
- por fim, aplicar o “Fluxograma das recomendações sobre saúde pública do Conselho Nacional de Justiça”²⁷ para sistematização das demandas (Figura 14, a seguir).

²⁶ O Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) é um desconto mínimo obrigatório, atualizado anualmente, a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos, constantes do rol divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos e nas compras de todos os produtos comprados por força de ação judicial, destinadas aos entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2006; CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS, 2008, 2011). O CAP será aplicado sobre o Preço Fábrica que resultará no Preço Máximo de Venda ao Governo. Atualmente o valor do CAP é 21,53% (CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS, 2020). Caso alguma empresa se negue a aplicar o CAP ou deixe de aplicar o desconto em uma pesquisa e/ou proposta de preço, deve-se fazer uma denúncia à CMED e ao Ministério Público, além de denunciar no portal da Anvisa.

²⁷ O “Fluxograma das recomendações sobre saúde pública do Conselho Nacional de Justiça” representa o esforço de Vieira (2020) na sistematização dos enunciados das Jornadas de Direito da Saúde (I, II e III) do CNJ em relação às políticas públicas de saúde vigentes Vieira (2020) buscou

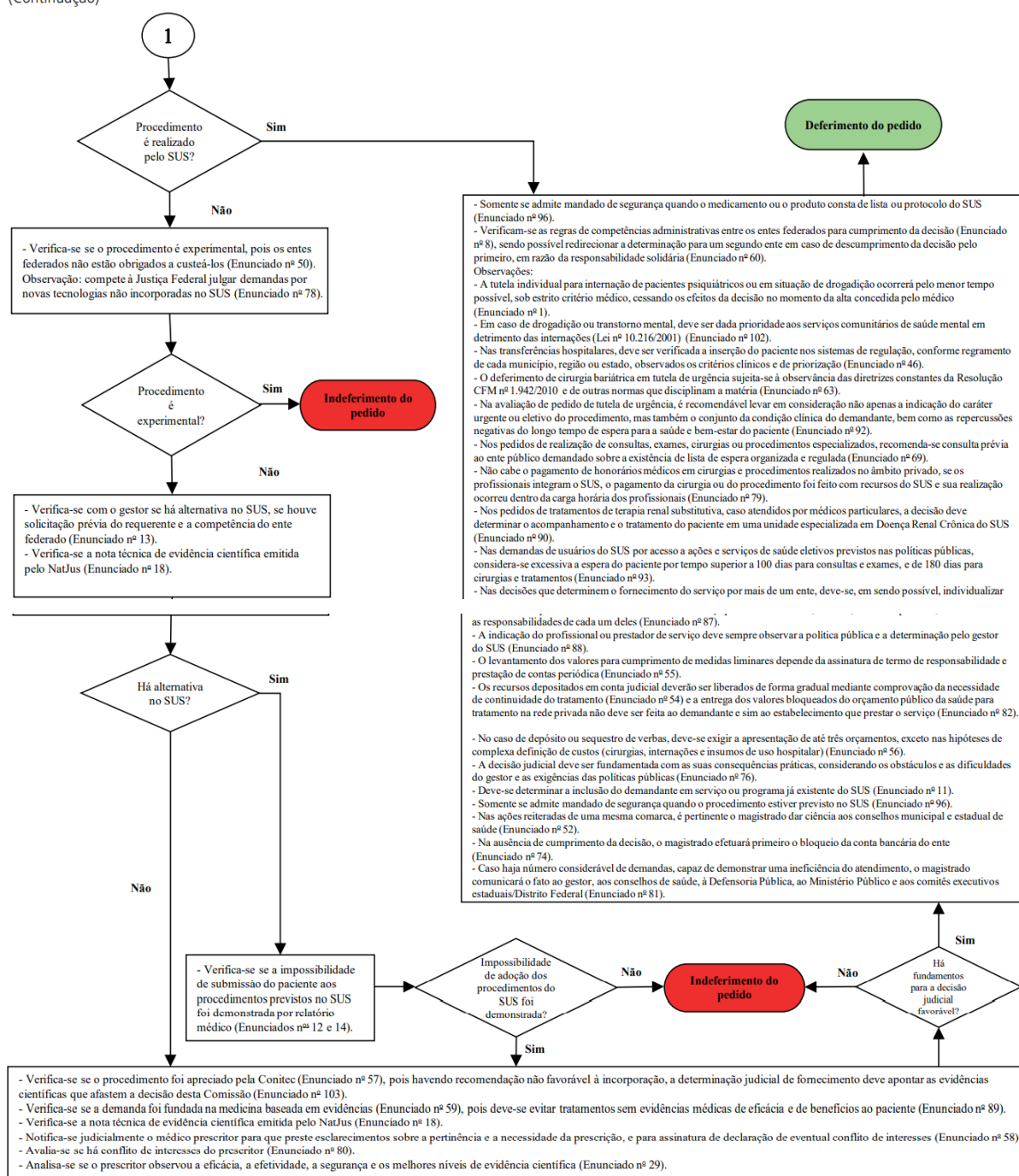
Figura 14 - Fluxograma das recomendações sobre saúde pública do Conselho Nacional de Justiça



(Continua)

“organizá-los em um fluxograma que tem por pressupostos básicos as principais regras que dirigem o SUS no tocante à oferta de bens e serviços de saúde, estabelecidas por leis. O objetivo é explicitar a racionalidade por trás dessas recomendações, algo difícil de se captar com a simples leitura dos enunciados, que são apresentados de forma aleatória, sem demonstração dos fluxos operacionais e das inter-relações entre eles”.

(Continuação)



Fonte: VIEIRA, 2020, p. 44-45.

Para as demandas provenientes da Defensoria Pública, outros procedimentos específicos são realizados, no intuito de atuação preventiva buscando a solução extrajudicial das demandas. Para tal, são fornecidas respostas de forma célere via *e-mail* (máximo de cinco dias úteis) e pautadas nas informações técnicas e científicas mencionadas na parte das demandas judiciais.

Cabe ainda relatar que o NAPASS promove acolhimento direto aos usuários provenientes da demanda espontânea ou reprimida em suas dependências, no sentido de entender suas necessidades de saúde dentro dos regramentos do SUS, a fim de avaliar existência de oferta de serviço público demandado. Esta medida possibilita uma orientação aos cidadãos quanto ao fluxo instituído na Rede de Atenção à Saúde, dando o devido encaminhamento de forma efetiva e verificando se de fato há a necessidade de intervenção judicial quanto à solicitação.

Ademais, o NAPASS também tem a atribuição de responder as eventuais demandas de saúde pleiteadas pelo usuário que são solicitadas por meio de Processo Administrativo provenientes do Protocolo Geral da Prefeitura (TRÊS RIOS, 2009b).

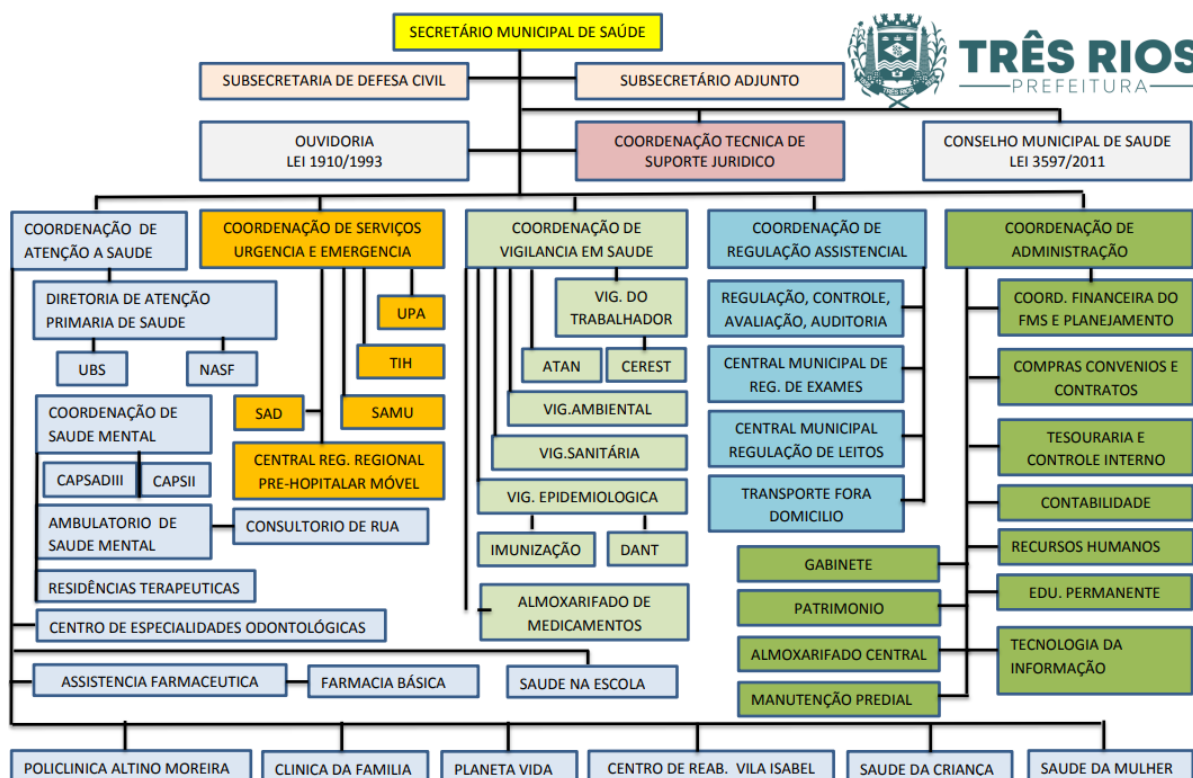
Algumas outras atividades também fazem parte do escopo de atuação do NAPASS e merecem ser brevemente mencionadas:

- a) educação permanente e contínua dos atores da SMSDC e, principalmente, dos usuários quanto as Políticas Públicas vigentes, pois os sistemas de saúde universalizados têm suas limitações e todos precisam ter esta consciência;
- b) capacitação individual dos médicos prescritores para que sejam comprometidos com o SUS e que sejam vetores de “desjudicialização” da saúde, pois são as solicitações médicas que geralmente subsidiam as iniciais das ações judiciais e o desconhecimento das políticas públicas já existentes contribui com o aumento do número de ações;
- c) divulgação periódica da RENAME, RESME e REMUME vigentes — nesse momento, RENAME 2022, RESME 2012 e da REMUME 2022 — e orientação quanto ao Uso Racional de Medicamentos;
- d) ações de intersetorialidade com programas de assistência específicos da rede SUS de acordo com o Organograma Municipal (Figura 15, a seguir), visando a resolução dos casos administrativamente, bem como celeridade no cumprimento da decisão judicial;
- e) observação das demandas com maior incidência, que ajudam a identificar lacunas assistenciais ou faltas de abastecimento

episódicas, possibilitando um planejamento melhor e mais ágil da gestão;

- f) centralização do fluxo de recebimento das demandas, permitido agilidade nas respostas;
- g) gerenciamento do cumprimento dos prazos;
- h) estreitamento do diálogo interinstitucional com Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário.

Figura 15 - Organograma do Município de Três Rios-RJ no ano de 2022



Legenda: Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN); Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga III (CAPSAD III); Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF); Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Transferência Intra-hospitalar (TIH); Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Fonte: TRÊS RIOS, 2021c.

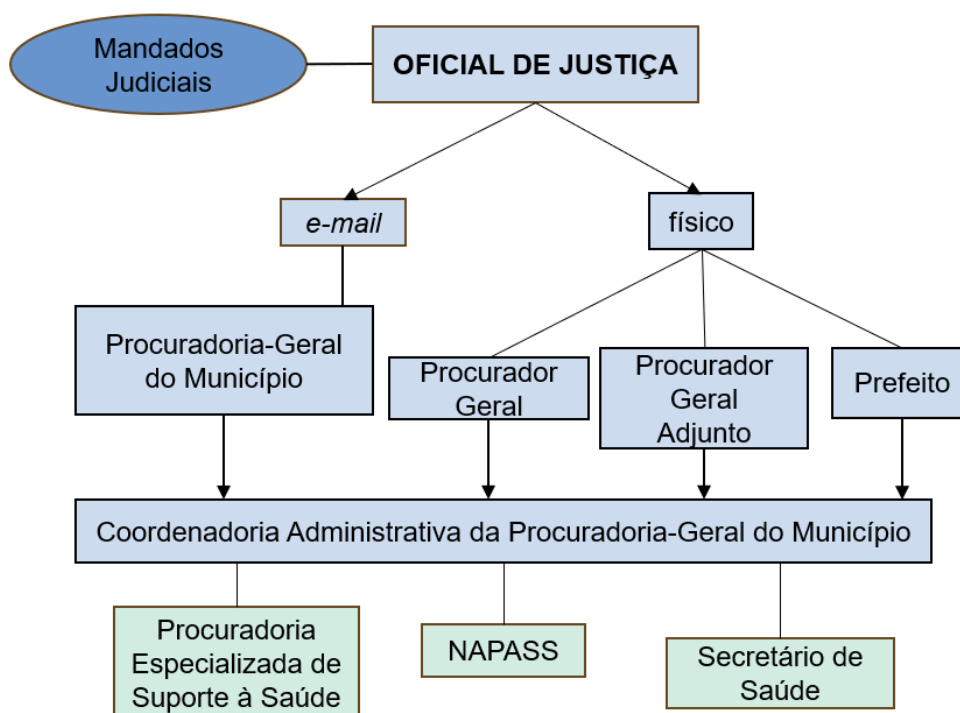
O NAPASS possui procedimentos de fluxo padronizados para recebimento de demandas judiciais e extrajudiciais, encaminhamento aos setores responsáveis para providências e, posteriormente, as respostas pertinentes.

Primeiramente, é importante destacar que o fluxo de recebimento e encaminhamento de Mandados Judiciais para o cumprimento pertinentes à SMSDC segue os procedimentos da Procuradoria-Geral do Município (Figura 16).

O Oficial de Justiça de Plantão cumpre a diligência, preferencialmente via *e-mail* da Procuradoria-Geral do Município ou de forma física, no qual pode ser recebido pelo Procurador Geral ou pelo Procurador Geral Adjunto ou pelo Prefeito.

Após o recebimento do Mandado de Citação/Intimação pelas autoridades supra designadas, estes são direcionados à Coordenadoria Administrativa da Procuradoria Geral, que encaminha, *incontinenti*, à Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS), ao NAPASS e ao Secretário de Saúde.

Figura 16 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Mandados Judiciais pela Procuradoria-Geral do Município de Três-Rios-RJ



Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS).
 Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

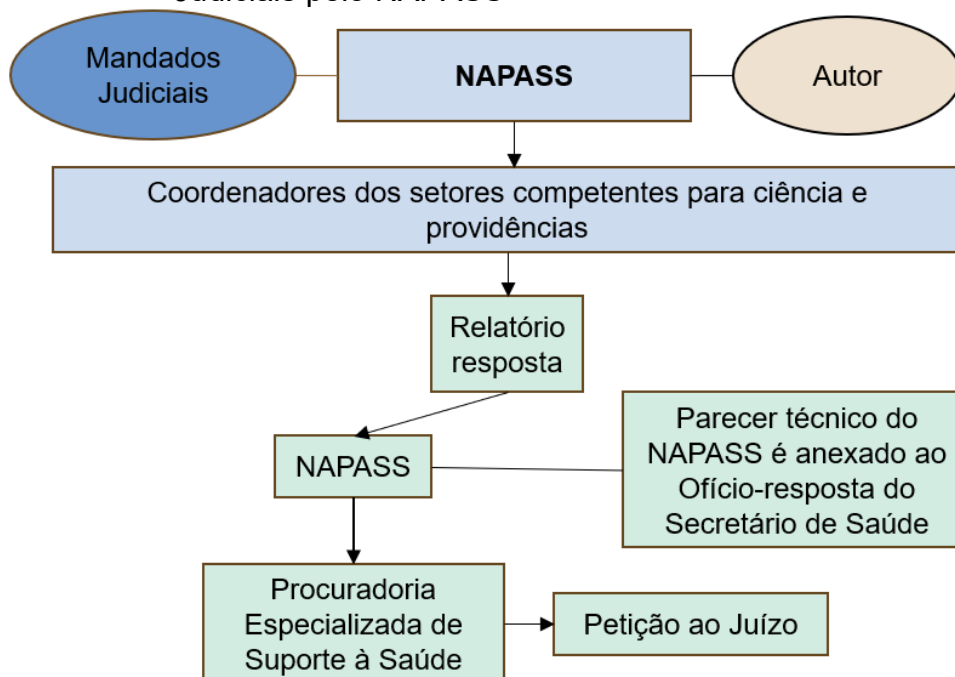
O recebimento e encaminhamento dos Mandados Judiciais pelo NAPASS seguem o fluxo disposto na Figura 17 e detalhados abaixo.

Os Mandados de Citação/Intimação recebidos pelo NAPASS, após análise e triagem para divisão das ordens, são encaminhados, imediatamente, aos coordenadores dos setores competentes para ciência e providências. Simultaneamente, o NAPASS entra em contato com o autor para melhor entendimento de sua necessidade.

Após as providências adotadas para cumprimento da decisão judicial, o setor pertinente envia relatório, o qual auxilia a realização do parecer técnico pelo NAPASS.

O parecer técnico detalhado é anexado ao ofício-resposta do Secretário de Saúde. O NAPASS envia esse ofício, via *e-mail*, à PASS, a fim de prestar as informações necessárias ao juízo ordenante no prazo determinado.

Figura 17 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Mandados Judiciais pelo NAPASS



Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS).
 Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

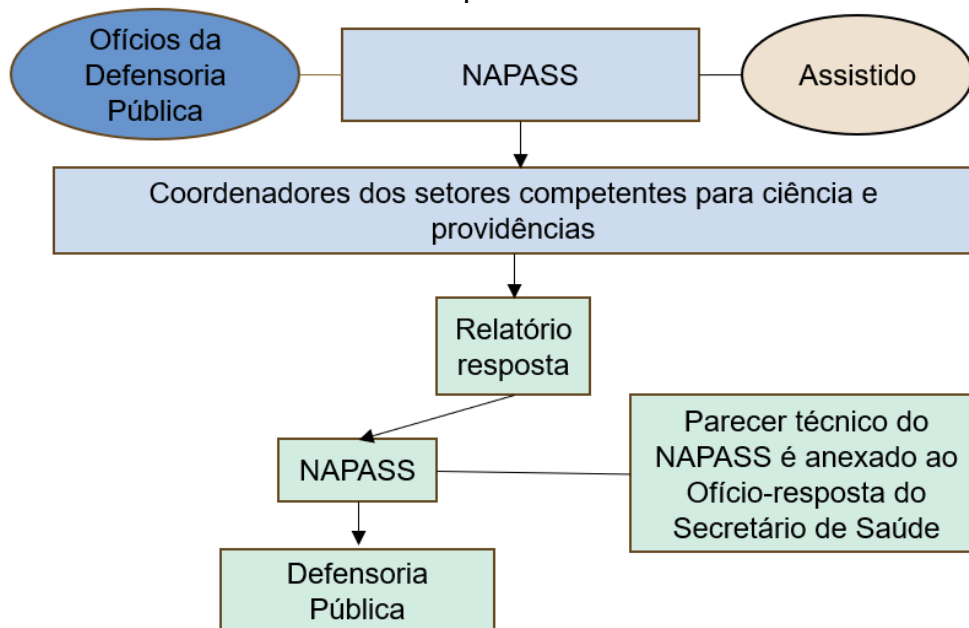
No que se refere ao fluxo de recebimento e encaminhamento de ofícios oriundos da DPE-RJ (Figura 18, a seguir), esses são recebidos pelo NAPASS via *e-mail* e, após triagem para divisão das ordens, encaminhados, imediatamente, aos coordenadores dos setores competentes para ciência e providências. Paralelamente,

também aqui o NAPASS entra em contato com o assistido para melhor entendimento de sua necessidade.

O setor pertinente envia relatório após as providências adotadas, o qual auxiliará a realização do parecer técnico pelo NAPASS.

O parecer técnico detalhado é anexado ao ofício-resposta do Secretário de Saúde. O NAPASS envia esse ofício, via *e-mail*, à Defensoria Pública, informando a decisão administrativa, que pode ser pelo deferimento, pelo deferimento parcial ou pelo indeferimento da solicitação. É importante mencionar que os bens e serviços não pertencentes as listas oficiais ao SUS não são fornecidos administrativamente e, neste caso, o assistido ingressa com ação judicial para o seu pleito.

Figura 18 - Fluxo de recebimento e encaminhamento dos Ofícios da Defensoria Pública pelo NAPASS



Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS).
 Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Ressalta-se que, desde 2020, todos os procedimentos dos fluxos descritos acima vêm sendo realizado eletronicamente, devido à pandemia de Covid-19.

Verificou-se, desde então, que houve ganho na celeridade do andamento desses fluxos com acesso as informações técnicas necessárias, em tempo hábil,

propiciando decisões administrativas tecnicamente orientadas e bem fundamentadas, além, de agilizar o acesso aos serviços de saúde aos autores, assistidos e usuários.

Escrever sobre a trajetória da atuação e organização do NAPASS permitiu uma reflexão sobre o cuidado que a equipe tem com os pacientes. Esse exercício trouxe sensibilidade crítica ao ouvir e tentar entender as necessidades daqueles que precisavam de atenção, cuidado e recursos disponíveis em um momento oportuno de ajuda. Esse momento chamou a atenção para uma realidade: o NAPASS era o “final de linha” para um “esforço regulatório” na busca incansável por soluções que se deparavam com as dificuldades, felicidades, tristezas e perspectivas com as quais o sistema lida ao tentar fomentar os princípios e diretrizes constitucionais.

5.2 Caracterização das estratégias implementadas pela gestão municipal de Três Rios-RJ a partir de 2009

O aumento da judicialização vivenciado no país desde o início dos anos 2000 tem levado ao desenvolvimento de um conjunto de estratégias por parte das instituições públicas de saúde e do judiciário para abordar o problema. Segundo Yamauti *et al.* (2022), esse conjunto de ações, serviços e práticas se organizam institucionalmente em três níveis, sumarizados no Quadro 8.

Quadro 8 – Categorização das estratégias implementadas de acordo com seu desempenho no nível institucional

Nível institucional	Objetivo
Organização dos serviços	Organização de processos de trabalho seguindo políticas e programas de governo, e podendo incluir a criação de serviços de apoio.
Abordagem extrajudicial	Facilitação do diálogo entre reclamante e instituições públicas, evitando ajuizamento de ação judicial.
Abordagem judicial	Pretendem apoiar a tomada de decisão dos juízes por meio da análise de processos judiciais ou a disponibilização de laudos técnicos baseado em evidências científicas na área da saúde, ou mesmo facilitar a defesa da autoridade de saúde.

Fonte: Elaboração da autora a partir de Yamauti *et al.* (2022).

A partir desse quadro geral e tomando por base as nove categorias propostas por Yamauti *et al.* (2020), detalhadas nos métodos (Quadro 3, seção 4.5.3), buscou-se identificar e categorizar as estratégias que têm sido desenvolvidas na gestão

municipal de Três Rios a partir de 2009. Estratégias estas que, como deixado claro no início deste Capítulo 6, envolveram ao longo desse intervalo não apenas a criação do NAPASS, mas todo um esforço sinérgico de reorganização da Assistência Farmacêutica municipal e de estabelecimento de um diálogo próximo e estreito com diferentes atores do judiciário.

O exame das estratégias abordadas para lidar com a judicialização da saúde no município foi descrito e distribuído em nove categorias²⁸ que se inter-relacionam de maneira complementar ou sinérgica na atuação judicial e/ou extrajudicial, conforme disposto no “protocolo da revisão sistemática” idealizado por Yamauti *et al.* (2020).

A estratégia norteadada nos **métodos de solução consensual de conflitos** vem sendo utilizada pelo NAPASS de forma extrajudicial, através de trâmite administrativo, realizando diálogo interinstitucional com a DPE-RJ. Esse diálogo é representado por respostas aos ofícios emitidos por meio eletrônico no prazo máximo de cinco dias nos casos eletivos. Nos casos que envolvam urgência ou emergência, a resposta ao ofício é retornada em 24 horas ou é realizado contato telefônico com a equipe do NAPASS.

Essa medida vai ao encontro do relatado por Bloisi *et al.* (2022), cujo trabalho descreve como a experiência de cooperação entre a DPE-RJ e a Secretaria de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus-BA facilitou a resolução extrajudicial, além de ser uma estratégia eficaz, célere e de baixo custo, com vistas a solucionar as demandas da saúde e evitar o acúmulo de eventuais aberturas de incontáveis e dispendiosos processos judiciais.

O **apoio técnico ao Judiciário** não é de competência direta do NAPASS. O estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (Natjus), que são constituídos por profissionais de saúde para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências, a fim de subsidiar decisões liminares dos juízes (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019c). No município de Três Rios, um incipiente apoio técnico ao judiciário, de caráter indireto, tem acontecido desde quando a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS) se deslocou para a SMSDC, para trabalhar em conjunto com o NAPASS. Essa cooperação técnica interinstitucional NAPASS-PASS permitiu maior eficiência nas respostas baseadas na

²⁸ As nove categorias de estratégias para abordar a judicialização da saúde estão grifadas pela pesquisadora em negrito.

melhor evidência disponível ao Judiciário, culminando no apoio técnico indireto aos magistrados nas demandas envolvendo a assistência à saúde.

No tocante ao **cumprimento das ações judiciais**, o NAPASS e a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde estabeleceram rotinas que geraram melhorias no cumprimento das decisões judiciais, celeridade no atendimento aos autores e diminuição dos sequestros dos valores nas contas públicas municipais.

Em relação ao atendimento dos usuários que pleiteiam acesso às ações e serviços de saúde no âmbito municipal via **processo administrativo** no Protocolo Geral da Prefeitura, o NAPASS tem atribuição de resposta no prazo de quinze dias.

A **defesa do ente público** se faz por meio de dois Procuradores com especialização em direito sanitário e em gestão de saúde pública, os quais são amparados pelo NAPASS nas informações técnicas e robustas. Essa equipe integrada possui procedimentos padronizados, porém com respostas individualizadas para cada processo, que tem ajudado a diminuir a burocracia e agilizar as respostas às ações judiciais.

O **Comitê Estadual da Saúde do Rio de Janeiro**²⁹ é um órgão colegiado e multidisciplinar responsável para prestar apoio ao Fórum Nacional do Judiciário no monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Esse Comitê é composto por magistrados de primeiro ou de segundo grau, estadual e federal; gestores da área de saúde das três esferas; representantes dos demais participantes do sistema de saúde (ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar, CONITEC, quando possível) e da Justiça (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública, Advogados Públicos, representante da Ordem dos Advogados do Brasil); representantes dos usuários do sistema público indicados pelos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde; bem como representante dos usuários do sistema suplementar de saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021). Ressalta-se que os membros do NAPASS não fazem parte desse Comitê, e não existe até o presente qualquer representante da gestão municipal no mesmo.

A categoria de **organização da assistência** foi o foco inicial da gestão municipal com a reestruturação da Assistência Farmacêutica. Acredita-se que essa

²⁹ O acesso ao portal do Comitê Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para a consulta de magistrados, procuradores, advogados e público em geral, reunindo dados atualizados sobre ações judiciais, notas e pareceres técnicos, assim como normas legais e administrativas sobre questões de saúde está disponível no seguinte *link*: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/>, acessado em 10 de março de 2023.

organização institucional colaborou sobremaneira, em atuação sinérgica às outras ações desenvolvidas no nível local, para mitigar a judicialização da saúde no município.

O NAPASS possui acesso à tecnologia da informação e comunicação, mas não possui ainda um **sistema informatizado de informações** objetivando o registro, o controle e o acompanhamento das demandas judiciais e extrajudiciais, bem como os documentos relacionados às ações de obrigatoriedade de dispensação de medicamentos, materiais e insumos médico hospitalar, realização de consultas e exames, e/ou internações. Para suporte no processo de tomada de decisão na resolução das suas demandas, conta com uma rede de apoio dos sistemas informatizados de informação disponíveis a nível municipal, estadual e federal a saber: Sistema Nacional de Regulação (SISREG), Sistema Estadual de Regulação (SER), Sistema SISREG/SER, Sistema Hórus, Sistema Hórus Especializado, Pgmiais, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Sistema Informatizado do Programa Nacional de Imunização (SIPNIWeb), Sistema e-SUS, Sistema de Cadastramento de Usuários do Sus (CadWeb), DataSUS, entre outros.

A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** é o órgão responsável pela avaliação, seleção e utilização adequada de medicamentos em uma determinada instituição de saúde. Geralmente, é composta por profissionais de saúde, como farmacêuticos, médicos e enfermeiros, e é responsável por gerenciar a lista de medicamentos disponíveis na instituição, bem como por monitorar o uso dos medicamentos pelos pacientes. Considerando que a CFT desempenha um papel importante na garantia da qualidade da assistência à saúde, uma vez que a seleção e uso adequado de medicamentos pode melhorar os resultados clínicos dos pacientes, reduzir custos e minimizar riscos associados ao uso de medicamentos, a gestão municipal priorizou sua implantação em 2009. O NAPASS mantém contato direto com os membros da CFT, no intuito de informar as lacunas assistenciais ou faltas de abastecimento episódicas, possibilitando um planejamento melhor e mais ágil da gestão.

Essas nove ações acima descritas contribuíram para avaliar adequadamente quais categorias de estratégias foram implementadas na estrutura organizacional do município e estão resumidas no Quadro 9.

Quadro 9 – Estratégias presentes ou incipientes na abordagem da judicialização na gestão municipal, segundo as categorias propostas por Yamauti *et al.* (2020)

Categorias de estratégias	Presentes	Incipientes
Métodos de solução consensual de conflitos	X	
Apoio técnico ao judiciário	*	
Cumprimento das decisões judiciais	X	
Processo administrativo	X	
Defesa do ente público	X	
Comitê estadual da saúde	*	
Organização da assistência	X	
Sistema informatizado de informações		X
Comissão de farmácia e terapêutica	X	

Nota: * Estratégia de atribuição estadual.

Fonte: Elaboração da autora a partir de Yamauti *et al.* (2020) e de dados do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Após análise desse quadro, pôde-se compreender que, das nove estratégias, duas são de atribuição estadual, uma encontra-se em estágio incipiente de implantação e as outras seis estão presentes na gestão municipal no intuito de lidar com a judicialização. A título de comparação com outros municípios brasileiros de médio porte, foi feita busca assistemática na literatura, mas não foram encontrados estudos que evidenciassem municípios disponibilizando mais de duas características ao mesmo tempo, o que também não foi identificado por Yamauti *et al.* (2020).

Nesse contexto, o NAPASS se insere como o centro dessa rede de estratégias, se inter-relacionando com ingerência e de forma sinérgica para contenção da judicialização.

Vale a pena salientar que essas estratégias implementadas foram decorrentes primeiramente da vontade e apoio dos gestores municipais em prevenir e enfrentar as demandas provenientes da judicialização, pois elas eram previstas na administração pública, nas políticas públicas de saúde e nos setores jurídicos.

Em face ao mencionado, cabe ser salientado que as ações de estruturação do NAPASS no município de Três Rios foram priorizadas seguindo uma metodologia não muito complexa, *a priori*, agregando poucos recursos financeiros e capacitação da equipe efetiva para a sua realização, e sendo possivelmente replicável em qualquer ente federado como estratégia de redução da judicialização com ampliação de acesso aos usuários.

6 REFLEXOS DA IMPLANTAÇÃO DO NAPASS E REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ABORDAGEM DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TRÊS RIOS-RJ

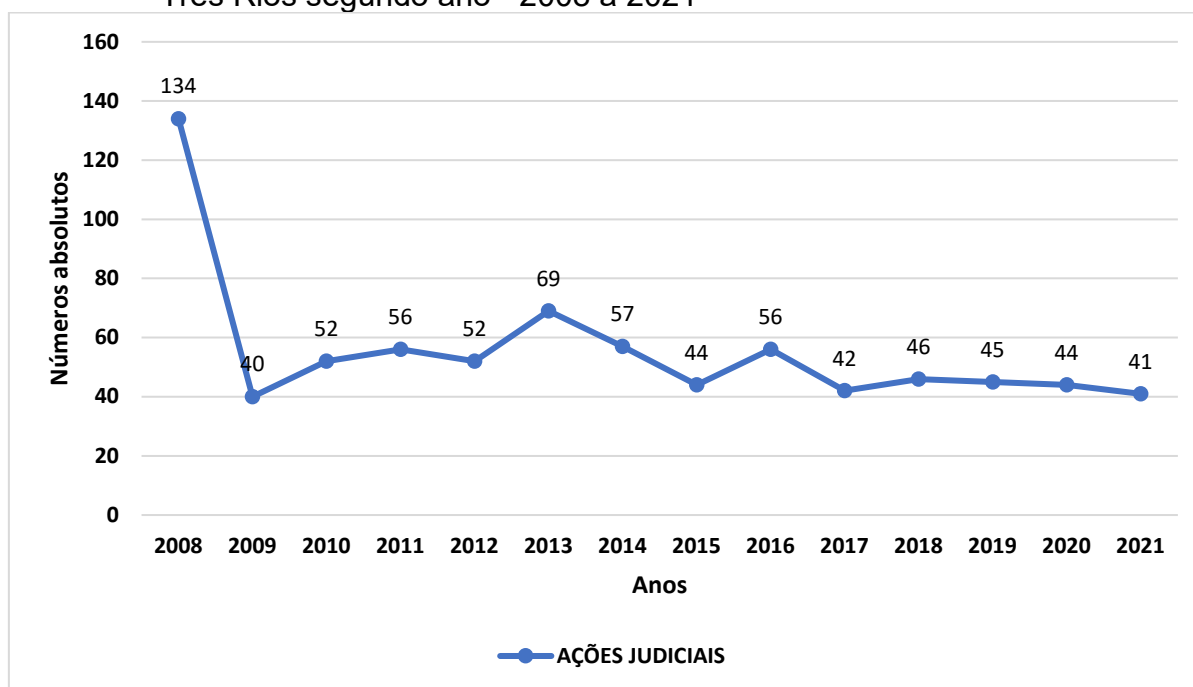
6.1 Análise temporal da Judicialização no município de Três Rios no período de 2008 a 2021

Com a finalidade de verificar os resultados do conjunto de estratégias implementadas no NAPASS e seus reflexos na judicialização da saúde em Três Rios nos anos de 2008 a 2021, foram analisadas 778 ações judiciais, nas quais o Município constava como réu, e 779 demandas extrajudiciais provenientes da DPE-RJ, conforme plano de análise de dados descrito na seção de métodos.

O Gráfico 3, a seguir, mostra que houve importante queda dos números absolutos de ações judiciais distribuídas contra o município entre os anos de 2008 e 2021: de 134, em 2008, para 40, em 2009, correspondendo a uma redução em torno de 70%. No decorrer dos anos de 2010 a 2021, houve estabilização nos números de ações recebidas, que variou do mínimo de 41 ao máximo de 56, com exceção do ano de 2013. Provavelmente, este pico em 2013 decorreu da mudança de quase todos os profissionais da saúde, inclusive dos prescritores, devido ao concurso público municipal realizado na época.

Este cenário de intensa redução da judicialização já no ano seguinte à posse da nova gestão municipal em 2009, bem como sua estabilização até 2021, remete à hipótese das ações decorrentes da reestruturação da Assistência Farmacêutica local e da implantação do NAPASS. Ainda mais porque a literatura menciona que, de modo geral, as demandas judiciais envolvendo o ente municipal tem crescido ao longo dos anos, conforme apontam Albert (2016), Instituto de Ensino e Pesquisa (2019) e Wang, Terrazas e Ferreira (2021).

Gráfico 3 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios segundo ano - 2008 a 2021

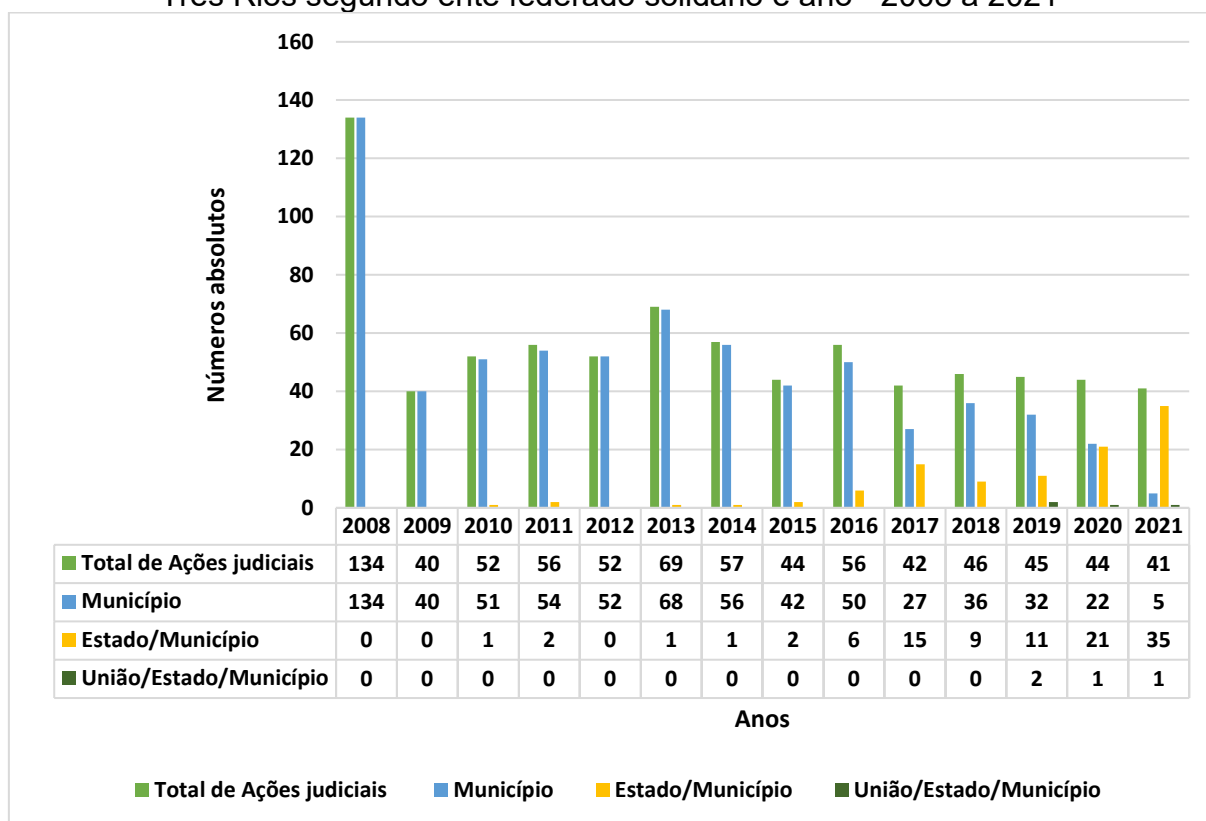


Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

O Gráfico 4, a seguir, apresenta o quantitativo de ações judiciais distribuídas contra o município e que foram solidárias com os outros entes federados no mesmo período. Observa-se que, das 134 ações judiciais recebidas antes da implantação do NAPASS e das 40 demandas presentes um ano após, 100% foram impetradas contra o município. O ano de 2010 foi o marco da inclusão do Estado como réu associado, mesmo que de forma limitada, em torno de 1,9%, e de 2011 a 2015 esta participação se manteve incipiente, variando de 0% a 4,5%. A partir de 2016 houve considerável aumento, culminando em 2021 com inclusão do Estado em 35 ações do total de 41 (85%). Existiram poucas ações tendo com réus os três entes federados associados, bem como não foram promovidas ações contra o Município e União.

A expansão da participação do Estado figurando como réu solidário ao município na maioria das ações ao longo dos anos sinaliza para a potencial eficácia do diálogo interinstitucional entre o NAPASS e a Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde com a DPE-RJ e o Poder Judiciário no entendimento da responsabilidade tripartite dos entes federados nas ações que não eram exclusivamente de competência municipal.

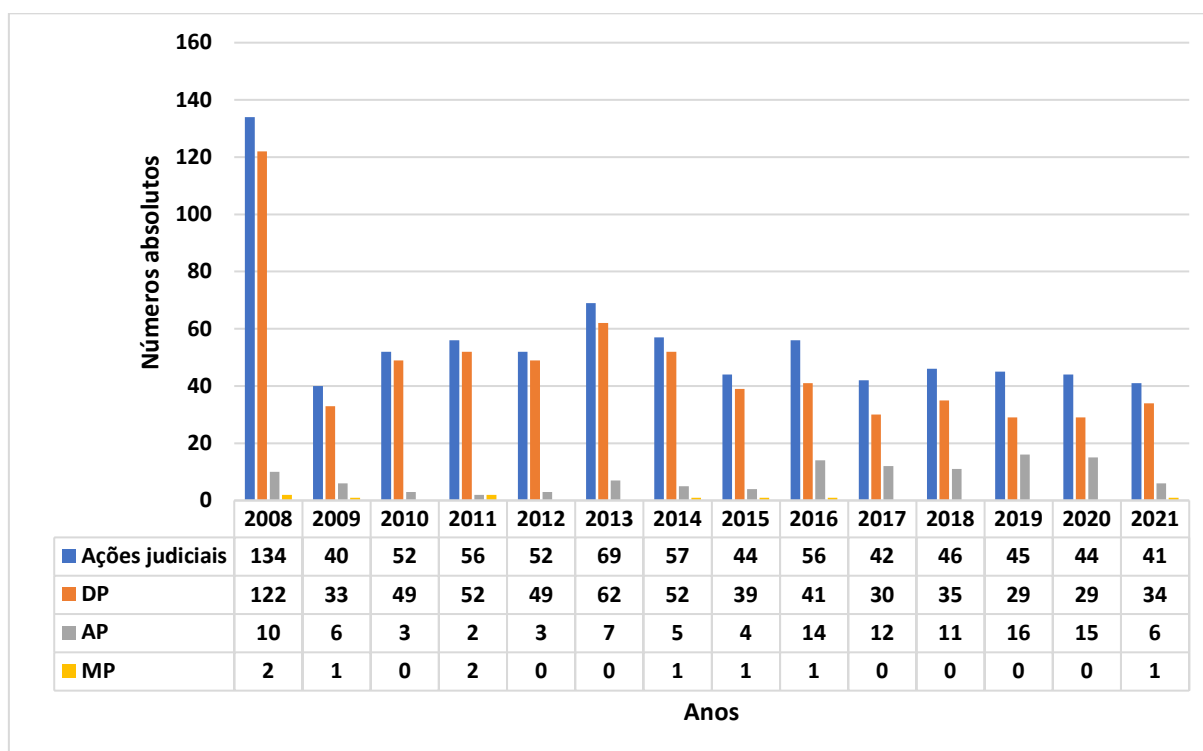
Gráfico 4 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios segundo ente federado solidário e ano - 2008 a 2021



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

No que concerne às ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios-RJ solidariamente com os entes federados por representação processual, nota-se a prevalência da DPE-RJ, que variou de 65,9% a 94,2% em comparação com a Advocacia Privada (entre 3,5% e 35,5%). O Ministério Público teve representatividade irrelevante (Gráfico 5, a seguir).

Gráfico 5 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ de forma solidária com os entes federados, segundo por representação processual e ano - período de 2008 a 2021



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

O município dispõe do Núcleo de Primeiro Atendimento da DPE-RJ, situado no centro da cidade, que presta serviços efetivos à população, incluindo a área da saúde. O grande percentual de ações provenientes da Defensoria Pública pode ser explicado, provavelmente, pela facilidade de acesso e pela possibilidade de concessão do benefício da justiça gratuita ao usuário, oferecida por esse Órgão desde que os usuários sejam economicamente hipossuficientes e que efetivamente comprovem essa situação. Esses dados podem eventualmente retratar uma realidade voltada para aqueles cidadãos sem condições de arcar com as custas do processo na via judicial e do tratamento de saúde, que é conseguido pela atuação da DPE-RJ ao garantir direito àqueles que necessitam.

Ainda sobre a representação do autor, o percentual de ações impetradas por advogado particular aumentou em torno de 24 a 28% entre os anos de 2016 e 2020. Talvez o aumento seja resultado de uma demanda reprimida da Defensoria Pública, que não teria capacidade de atender toda a população, uma vez que, em sua maioria,

os autores requerem e obtêm o benefício da gratuidade de justiça, mesmo representados pela Advocacia Privada. Por outro lado, pode ser que os autores tenham condições financeiras suficientes para custear consultas particulares ou tenham plano de saúde e optem na facilidade e nas relações pessoais que a Advocacia Privada acarreta. Ainda mais que há uma tendência dos advogados particulares se interessarem por demandas mais complexas e de alto custo, que permitiriam um valor da causa mais alto, principalmente, porque as decisões tendem a ser favoráveis aos demandantes. No entanto, a impossibilidade dos dados utilizados de determinar as condições sociais de cada impetrante limita uma discussão mais aprofundada sobre equidade vertical nesse estudo.

No intuito de comparação com outros municípios em termos dessa representatividade, estudos diversos também evidenciaram o predomínio de ações patrocinadas pela Defensoria Pública nos municípios de Mato Grosso do Sul-MS (PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015), Ivinhema-MS (DIAS *et al.*, 2019), Vitória da Conquista-BA (FERRAZ, *et al.*, 2022) e Santa Rita de Caldas-MG (FERREIRA; GARCIA, 2022). Em contrapartida, no município de Londrina-PR, a Advocacia Privada prevalecia (BATISTELLA *et al.*, 2019) e, em Ribeirão Preto-SP, o Ministério Público se destacava (VASCONCELOS, 2020).

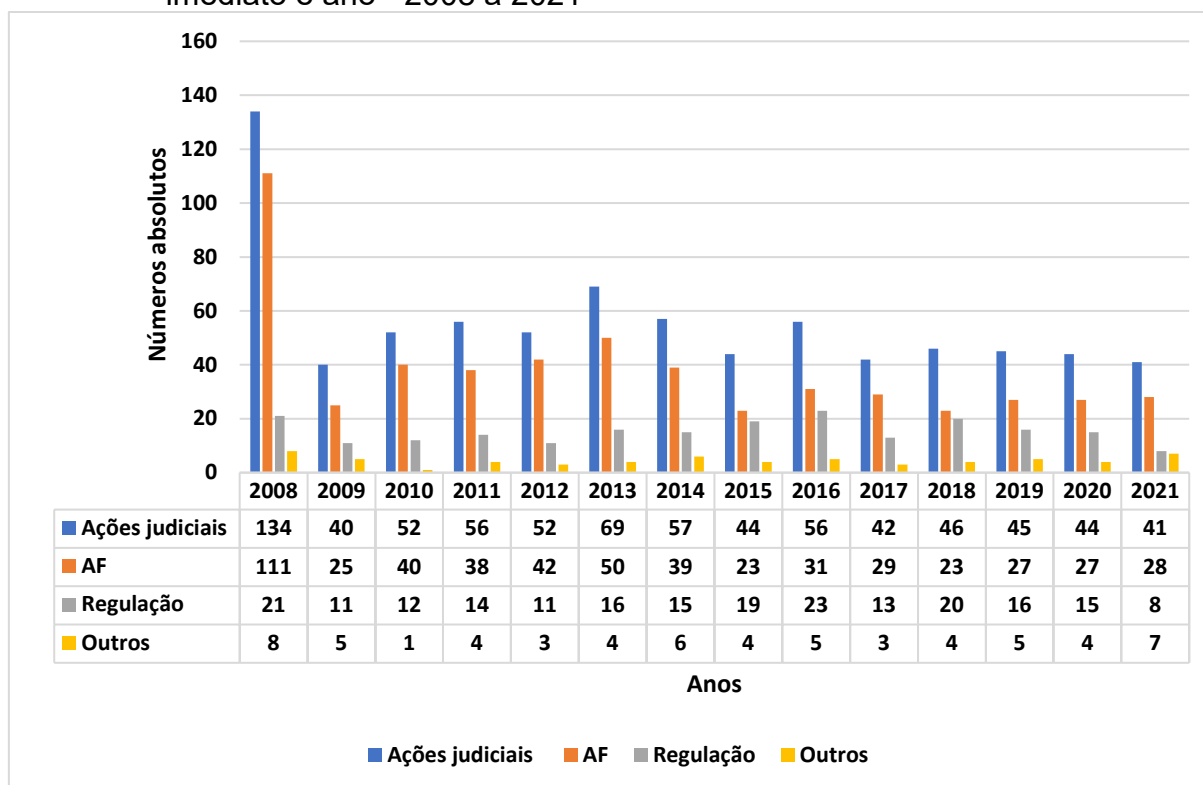
Das 778 ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios-RJ de forma solidária com os entes federados, em 533 (68,5%) o objeto imediato se relacionava à assistência farmacêutica (Gráfico 6, a seguir). Considerando que as ações judiciais analisadas podiam ter ter mais de um objeto, não se calculou a porcentagem da regulação e nem dos outros. Neste contexto, houve 214 pleitos para regulação e 63 para outros.

No ano de 2008, existiram 111 ações relacionadas à assistência farmacêutica; no ano subsequente, após a reestruturação do setor e a implantação do NAPASS, houve diminuição dos números para 25. A partir do ano de 2010, houve uma variação entre 23 e 50.

Em relação à regulação, que não é o foco desta pesquisa, mais estudos sobre o quantitativo e perfil das demandas judicializadas são necessários, a fim de classificá-las de acordo com os serviços de atenção à saúde – Atenção Primária à Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade. Sem esses dados disponíveis, não foi possível identificar as razões que levaram os atores a reivindicarem esse acesso à

assistência à saúde por via judicial. Igualmente, pode-se dizer a respeito do objeto imediato “outros”.

Gráfico 6 - Número absoluto de ações judiciais distribuídas contra o município de Três Rios/RJ de forma solidária com os entes federados segundo objeto imediato e ano - 2008 a 2021



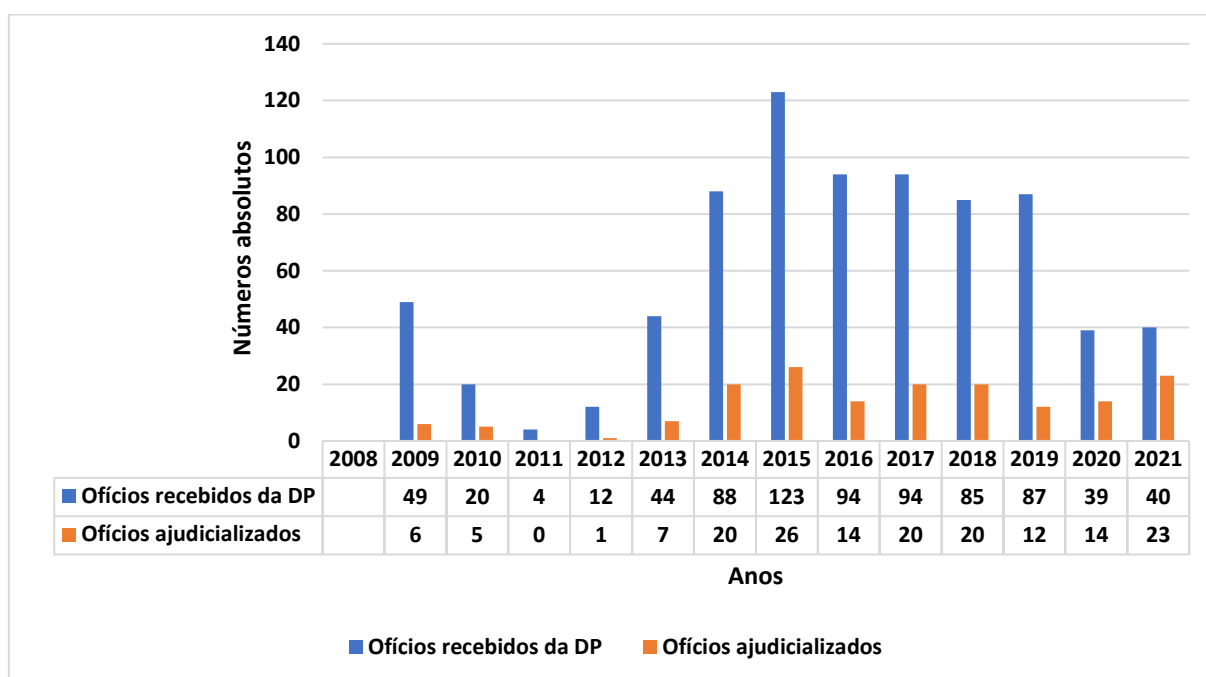
Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Apesar da significativa diminuição das ações relacionadas à assistência farmacêutica, ainda há uma forte presença dessa judicialização no SUS local, comparando ao total das ações judiciais recebidas a partir de 2009. Isto vai ao encontro da concentração de estudos voltados para a área de medicamentos na judicialização do setor (BATISTELLA *et al.*, 2019; FERRAZ, *et al.*; 2022; NISIHARA *et al.*, 2017; VENTURA *et al.*, 2010).

O Gráfico 7, a seguir, mostra o quantitativo de ofícios da DPE-RJ recebidos e respondidos pelo NAPASS comparados às ações ajuizadas. Em 2008, não foram encontrados ofícios nos arquivos provenientes da Defensoria Pública, o que pode sugerir que não havia diálogo interinstitucional antes da nova gestão empossada. Em 2009, existiram 49 ofícios recebidos e respondidos, significando a atuação do

NAPASS para solução extrajudicial das demandas, através de pedido administrativo prévio a uma eventual judicialização. Entre 2010 e 2012, houve diminuição dos recebimentos dos ofícios, devido ao contato telefônico direto da Defensoria Pública com o NAPASS e posterior encaminhamento para atendimento presencial aos assistidos, no intuito de resolução de suas necessidades. A partir de 2013, com a necessidade de requerimento oficial prévio administrativo junto à rede pública, houve aumento em relação aos anos anteriores, sendo que em 2020 e 2021, houve queda justificada provavelmente pela pandemia do Covid-19.

Gráfico 7 - Números absolutos de ofícios da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recebidos e respondidos pelo NAPASS comparados às ações ajuizadas segundo ano - 2008 a 2021



Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Asensi e Pinheiro (2016) apontaram que a ampliação de arranjos institucionais dialógicos entre os diversos atores envolvidos promoveu a redução da litigiosidade em Lages-SC e permitiu uma sinergia cotidiana entre os Poderes Executivo e Judiciário de maneira não adversarial que culminou em importante atuação extrajudicial.

Salienta-se que recente enunciado aprovado na Jornada de Direito da Saúde do CNJ recomenda que:

ENUNCIADO Nº 03

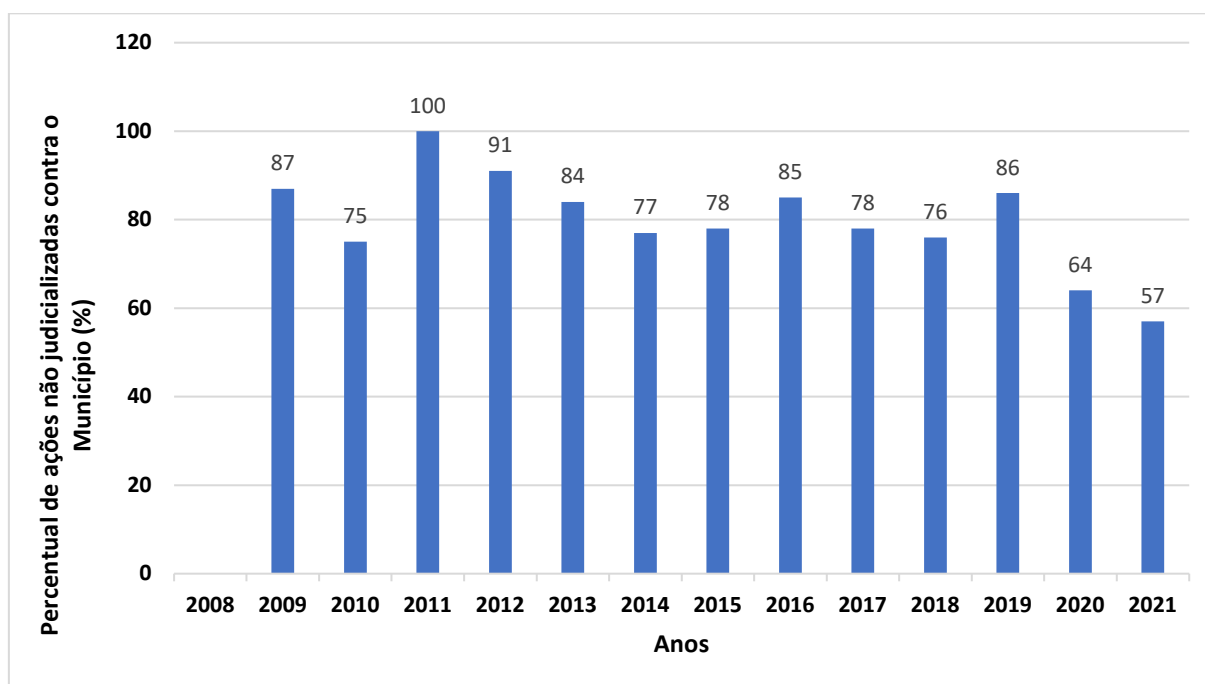
Nas ações envolvendo pretensões concessivas de serviços assistenciais de saúde, o interesse de agir somente se qualifica mediante comprovação da prévia negativa ou indisponibilidade da prestação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e na Saúde Suplementar (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019a).

Dos 779 ofícios recebidos e respondidos a partir de 2009, 168 (21,5%) foram ajuizados. Isto significou que os 581 (78,5%) ofícios não ajuizados foram supostamente resolvidos de forma administrativa, na qual os assistidos foram possivelmente atendidos nas suas solicitações, pois, caso contrário, ingressariam com ação judicial. No entanto, esses dados devem ser analisados com cautela, pois o resultado acima expressa a quantidade de ofícios que se transformaram ou não em ações judiciais. Não é possível afirmar que todos os que requereram o pedido administrativamente moveriam uma ação judicial, caso houvesse seu indeferimento.

É imprescindível ressaltar que o objetivo inicial da equipe do NAPASS não era “desjudicializar”, no sentido de reduzir o número de ações judiciais, e sim acolher o assistido presencialmente, analisar e entender sua necessidade de saúde, a fim de avaliar existência de oferta de serviço público demandado. Essa atuação permitiu uma orientação aos cidadãos quanto ao fluxo instituído na Rede de Atenção à Saúde, dando o devido encaminhamento de forma efetiva e mais célere, e verificando se de fato havia necessidade de intervenção judicial quanto à solicitação. De acordo com essa medida, o NAPASS, além das respostas aos Ofícios, alcançou um diálogo praticamente diário com a Defensoria Pública, informando quais as demandas seriam necessárias judicializar conforme as competências tripartites dos entes federados, haja vista os assistidos já terem esgotado as possibilidades terapêuticas existentes no SUS para tratar sua doença ou agravo à saúde.

Percebe-se que houve significativa resolubilidade extrajudicial, em torno de 75% a 100%, referente ao não ajuizamento dos Ofícios da Defensoria Pública recebidos e respondidos pelo NAPASS, entre os anos de 2009 e 2019 (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Percentual de ações não judicializadas contra o Município de Três Rios em relação aos Ofícios oriundos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recebidos e respondidos pelo NAPASS por ano - 2008 a 2021



Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Essa redução do ajuizamento ao longo do tempo levanta hipótese de que o diálogo interinstitucional com a Defensoria Pública possa ter sido benéfico para os assistidos, uma vez que se conseguiu resolver extrajudicialmente diversas demandas, inclusive de forma mais célere. Contudo, estudos futuros serão necessários para concluir sobre essa evidência no município. Os resultados da experiência de Bloisi *et al.* (2022) indicam que essa cooperação pode ter sido positiva para a sociedade.

Não obstante, houve queda considerável dessa capacidade de resolução nos anos de 2020 e 2021 (respectivamente, 64% e 57%). Essa redução pode ser resultado da pandemia do Covid-19 que, em diversas localidades, mormente nos municípios menores, produziu arranjos e desarrajos dos mais diversos, incluindo na Atenção Farmacêutica (PEREIRA, 2020).

Cabe, entretanto, ser mencionado que os dois últimos anos coincidiram com a entrada de um membro da Defensoria Pública que não mais aceitava somente receituários da rede SUS para ingresso de ação.

Em relação ao ingresso de ação judicial com receituário proveniente dos serviços privados, em 2020 foi reenfocado, através da interlocução com a Defensoria Pública, que o SUS é estruturado para permitir o acesso igualitário e equitativo dos cidadãos e que há portas de entrada disciplinadas e regulamentadas, tanto para proteger a organização do sistema, como para garantir o acesso democrático, isonômico e não-discriminatório ao serviço público. No entanto, apesar de reiterar que a lógica do SUS se trata de um modelo de saúde que contempla o acesso universal não apenas a medicamentos/produtos, mas a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a Defensoria Pública continuava e continua até o presente momento aceitando receituários particulares. Atualmente, há uma exigência da Defensoria Pública que os prescritores particulares e do SUS preencham o “Laudo médico padrão para pleito judicial de medicamentos”. Isso causa, inclusive, a dificuldade de se identificar a origem do pedido médico, o que é solucionado, no nosso caso, pelo tamanho da cidade e da equipe do NAPASS conhecer os profissionais da rede.

A Defensoria Pública se justifica com a jurisprudência do STJ que a escolha do medicamento compete a médico habilitado e conhecedor do quadro clínico do paciente, podendo ser tanto um profissional da rede particular quanto da rede pública, sendo que o que é imprescindível é a comprovação da necessidade médica e da hipossuficiência econômica (BRASIL, 2021).

A realidade é que alguns pacientes oriundos dos serviços particulares se recusam ingressar na rede pública, mesmo se dizendo hipossuficientes, para que seja reavaliado por um médico do SUS, especialmente para seu acompanhamento e não apenas fornecimento do seu pleito. Isso porque já houve busca do serviço em um prestador privado, que inclusive já prescreveu medicamentos ou produtos de saúde, muita das vezes não constantes nas listas oficiais do SUS e sem designação do medicamento pela Denominação Comum Brasileira. Ressalta-se, ainda, que os prescritores dos serviços privados desconhecem as políticas públicas de saúde, inclusive as indicações presentes e os critérios estabelecidos para indicação, suspensão e monitoramento presentes nos PCDT, e a sua capacitação é complexa.

Considerando que não há aquisição de recursos financeiros para além da programação no SUS local, no intuito de compra de solicitações no período pré-judicial, provavelmente haverá um aumento gradativo da judicialização em um curto prazo, bem como uma “porta paralela e aberta” para aquisição de tudo que é solicitado

pelos prescritores privados, cabendo ao Município realizar defesa ao contraditório somente à nível judicial.

6.2 Fatores positivos e negativos do município de Três Rios-RJ na abordagem da judicialização da saúde segundo a ótica da Análise SWOT

Ao longo dos últimos catorze anos, um conjunto de ações foram progressivamente desenvolvidas no nível municipal buscando abordar a judicialização da saúde e minimizar seus impactos nos serviços e na gestão. Desses, certamente a implantação do NAPASS teve papel relevante, atuando de forma sinérgica, complementar e, por vezes, disparadora de outras ações, permitindo que o município de Três Rios tenha, na atualidade, condições de lidar com o problema da judicialização em um patamar bem diferente e muito melhor do que antes e, também, de que muitas outras municipalidades de mesmo porte.

Assim, o objetivo da análise SWOT foi avaliar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da judicialização da saúde no município de Três Rios.

Para isso, a análise envolveu a criação de uma matriz com quatro quadrantes: os dois quadrantes superiores contêm forças e fraquezas internas referentes à abordagem da judicialização no município, enquanto os dois quadrantes inferiores contêm oportunidades e ameaças externas à gestão municipal.

As forças são os fatores internos que contribuem positivamente para lidar com a judicialização da saúde no município. As fraquezas são os fatores internos que a prejudicam. As oportunidades são os fatores externos que podem ser explorados para melhorar a abordagem da judicialização da saúde no município, enquanto as ameaças são os fatores externos que podem prejudicar o enfrentamento do problema.

Após essa identificação, foi possível elaborar uma matriz SWOT, mostrada no Quadro 10, a seguir, que permitiu visualizar de forma clara a situação da judicialização da saúde no município e definir eventuais estratégias para aprimorá-la.

Quadro 10 - Matriz SWOT referente a identificação dos fatores positivos e negativos referente à judicialização da saúde no município de Três Rios-RJ

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Internos (Organização do município)	<p>Forças (<i>Strengths</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestores locais comprometidos com as ações ligadas ao fenômeno da judicialização - NAPASS implantado com equipe multidisciplinar especializada, capacitada e regularmente aprovada em concurso público - NAPASS implantado com estrutura física adequada - Procuradoria Especializada de Suporte à Saúde (PASS) composta de dois procuradores - Assistência Farmacêutica reestruturada - REMUME em formato de Guia da Assistência Farmacêutica atualizada - Comissão da Farmácia Terapêutica instituída e atuante - Normatização da prescrição e dispensação medicamentosas - Sistema Hórus implantado na Farmácia Básica - Sistema Hórus especializado implantado na Farmácia de Medicamentos do Componente Especializado - Coletivização de alguns medicamentos e serviços de saúde ajuizados repetitivamente - Capacitação dos atores envolvidos - Diálogo intersectorial - Modificação no perfil da judicialização e dos demandantes -Início do ressarcimento estadual - “Desjudicialização” - Diminuição das demandas judiciais 	<p>Fraquezas (<i>Weaknesses</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de regramento legal institucionalizando o NAPASS, apesar deste existir no organograma da saúde - Ausência de um sistema de informações informatizado implantado no NAPASS - Persistência de desabastecimentos eventuais das Farmácias Básica e Judicial - Falta de implantação do sistema Hórus na Farmácia Judicial - Insuficiência de recursos municipais para lidar com o fenômeno judicialização - Troca de gestores locais - Persistência de eventual falta de acesso adequado a serviços de saúde, bem como na demora no atendimento e na oferta de tratamentos
Externos (Ambiente fora do município)	<p>Oportunidades (<i>Opportunities</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diálogo interinstitucional estabelecido com Defensoria Pública, Ministério Público e Poder Judiciário, ocorrendo de forma regular e através de fluxos padronizados -Inclusão do Estado do Rio de Janeiro no polo passivo da ação, quando a responsabilidade do item judicializado é estadual e/ou tripartite -Portal do Comitê Estadual de Saúde do Rio de Janeiro disponível -Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – (NatJus)-RJ para assessoria aos Magistrados e, caso necessário, aos municípios 	<p>Ameaças (<i>Threats</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Defensoria Pública aceitando receituário particular para ingresso da ação judicial -Dificuldades de capacitação dos prescritores dos serviços privados -Não inclusão da União no polo passivo das ações, quando a responsabilidade é federal e/ou tripartite e fornecimento de medicamento de alto custo -Insegurança jurídica e morosidade na uniformização da jurisprudência em matéria de saúde -Subfinanciamento do SUS

Legenda: Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (NAPASS); Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados fornecidos pelo Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (TRÊS RIOS, 2022c).

Com base nessa matriz, as forças identificadas mostram que o município possui um setor jurídico com uma rede de serviços integrados e profissionais capacitados para lidar com os processos judiciais na área da saúde. Porém, as fraquezas apontam para a necessidade de implantação do sistema de informações informatizado no NAPASS e sua institucionalização via regramento legal. Já as oportunidades realçam o bom diálogo interinstitucional com os atores e entendimento do setor judiciário sobre a importância da inclusão do Estado na ação. E, por fim, as ameaças evidenciam a dificuldade do entendimento do Poder Judiciário quanto ao declínio da competência para a União, principalmente, nos casos de medicamentos de altíssimo custo, bem como quanto ao ingresso judicial com receituário dos serviços privados amparado na jurisprudência atual.

Os resultados do diagnóstico organizacional consolidados na Matriz SWOT apontaram que os fatores positivos superaram os negativos, e que nos pontos suscetíveis de mudança é imprescindível elaborar planos de ação para abordar os desafios encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso trouxe como divulgação uma experiência de gestão desenvolvida em Três Rios, um município de médio porte do estado do Rio de Janeiro, iniciada em 2009 e que promoveu a implantação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde e a reestruturação da Assistência Farmacêutica no SUS local para lidar com a intensa judicialização da saúde.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou o entendimento do fenômeno de judicialização da saúde no município após o diagnóstico situacional, relevando as estratégias utilizadas pelos gestores locais para mitigar as consequências da judicialização, alterando a dinâmica dos processos de trabalho. Mais que o NAPASS em si, trata-se de experiência que envolveu um conjunto amplo de estratégias para dar efetividade às políticas públicas de saúde, acolhimento aos usuários e promover o acesso do cidadão ao SUS, com as quais o Núcleo se inter-relaciona com ingerência e de forma sinérgica para contenção da judicialização.

As características da judicialização aqui descritas representaram um fenômeno social que mudou constantemente ao longo dos catorze anos e alguns arranjos institucionais específicos se destacaram, como: a) dependência da vontade política e do compromisso dos atores envolvidos; b) valorização do diálogo interinstitucional; c) compreensão de que o modelo adversarial não é o mais adequado; d) reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública de saúde; e) atuação nas causas dos problemas, e não apenas em suas consequências; f) constituir estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; g) ações para ampliar a informação sobre acesso a medicamentos; h) colaboração entre as áreas técnica (NAPASS) e jurídica (PASS); i) fortalecimento da assistência à saúde no sistema público; j) a princípio, a Defensoria Pública somente entra com ações judiciais em caso de negativa de dispensa na rede pública; k) ressarcimento intimamente direcionado ao reconhecimento judicial da necessidade de inclusão dos demais entes responsáveis pela atividade de saúde pleiteada; l) quanto mais efetivo for o acesso pela via administrativa, menos trilhado será o caminho judicial.

Nesse sentido, as estratégias caracterizadas na abordagem da judicialização na gestão municipal no período de 2009 a 2021 foram: os métodos de solução consensual de conflitos; cumprimento das decisões judiciais; processo administrativo;

defesa do ente público; organização da assistência e comissão de farmácia e terapêutica. É imprescindível relatar que não foram encontrados na literatura outros municípios de mesmo porte com essas características de organização de processos de trabalho, ainda que não seja possível se afirmar que estes não existam, tamanha é a diversidade de realidades existentes no país.

A análise temporal da judicialização no município realizada entre os anos de 2008 e 2021 com a finalidade de verificar os resultados dessas estratégias implementadas permitiu observar que houve importante redução de ações judiciais distribuídas contra o município já no primeiro ano da nova gestão empossada.

No decorrer dos anos, houve um gradativo entendimento do Poder Judiciário no tocante à repartição de competência dos entes federados nas ações que não eram exclusivamente do município de Três Rios. Isso foi evidenciado em 2021 com a inclusão do Estado solidário com o Município das ações recebidas, comparado com anos anteriores que a maioria das ações era somente impetrada contra o Município.

Cabe aqui salientar que as normativas infraconstitucionais vigentes preconizam que os municípios atendam medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, haja vista que recebem recursos financeiros exclusivos para essa aquisição. Entretanto, o Poder Judiciário amparado na Constituição Federal e em observância ao direito à vida e à saúde determina que o Município seja obrigado de forma isolada ou solidária, a fornecer as mesmas tecnologias de responsabilidade do Estado e da União, cujo recurso financeiro o Município não recebe.

Nessa dúvida e polêmica interpretação que tem, de um lado, o Poder Executivo, com suas legislações de regência do SUS e, no outro, o Poder Judiciário com a Carta Magna de 1988, tem-se a expectativa que o STF supra o atual quadro de insegurança jurídica, uniformizando as respostas da Justiça em relação as teses da responsabilidade solidária dos entes federados na assistência à saúde.

No que concerne a análise do objeto imediato das ações, a prevalência da assistência farmacêutica verificada vai ao encontro de outros estudos, onde os medicamentos também se mostram o principal objeto de demanda judicial em saúde no Brasil.

A experiência de resolução extrajudicial de conflitos no município apresentou avanços entre os anos de 2009 e 2021, com elevado índice de resolubilidade referente ao não ajuizamento dos Ofícios da Defensoria Pública recebidos e respondidos pelo

NAPASS, bem como o direcionamento das demandas conforme as competências dos entes federativos. Nesse processo, ao mesmo tempo em que se almejou reduzir o número de ações judiciais, buscou-se a individualização e humanização do atendimento do cidadão nas demandas relativas à saúde. O diálogo interinstitucional com a Defensoria Pública parece ter sido benéfico para os assistidos, uma vez que se conseguiu resolver extrajudicialmente diversas demandas, inclusive de forma mais célere, em comparação com a morosidade do Judiciário. Contudo, estudos futuros serão necessários para concluir essa evidência no município.

Bons resultados foram alcançados com a implantação do NAPASS, mas ainda há muitos desafios a serem enfrentados. Entre esses, destacam-se: a) criação de regramento legal institucionalizando o NAPASS; b) elaboração de estratégias de diálogo com os serviços privados e de saúde suplementar, a fim de capacitação e orientação desses prescritores em relação à garantia de acesso destes pacientes aos tratamentos prescritos no âmbito pré-judicial; c) aquisição ou desenvolvimento de sistema *web* de informações que visa controlar e gerenciar demandas judiciais e solicitações administrativas relativas as demandas judiciais e pré-judiciais; d) inclusão do Estado do Rio de Janeiro no polo passivo das ações, principalmente, nos casos de ações propostas por advogados particulares; e) inclusão da União no polo passivo das ações; e, por fim, f) elaboração de um protocolo com fluxogramas e/ou algoritmos e/ou lista de *checklist* que auxilie os gestores com propostas de abordagem da judicialização da saúde.

As premiações e as participações em congressos agregaram visibilidade e credibilidade ao trabalho desenvolvido, de maneira que as lições aprendidas por meio dessa experiência possam inspirar e orientar outras equipes que vivem dificuldades semelhantes e querem resolver a problemática da judicialização, mas não sabem como resolver.

A equipe do NAPASS ainda tem um “sonho” de elaboração de um aplicativo com objetivo de auxiliar os gestores de saúde municipais de médio porte com propostas de abordagem da judicialização da saúde. O aplicativo permitiria uma organização operacional da equipe envolvida no fenômeno da judicialização, mediante um protocolo com fluxogramas e/ou algoritmos e/ou lista de *checklist* de forma mais prática, adequada, célere e, na medida do possível, padronizada e sistematizada, resguardando a efetivação da saúde dos munícipes. O uso dessa ferramenta permitiria sistematizar os itens e especificá-los, além de indicar

progressivamente tudo que já foi cumprido, o que facilitaria a finalização da tarefa. Isto geraria muito mais organização, e os gestores, como os trabalhadores da saúde municipais, ficariam mais capacitados e orientados e poderiam checar a lista de tarefas, no intuito de acompanhamento simultâneo, possibilitando eventuais correções.

Cabe ser mencionada uma limitação dessa dissertação, decorrente da falta de um sistema informatizado de informação no NAPASS. Essa ausência impediu por um lado, um estudo mais detalhado de aspectos referentes ao perfil da judicialização no município e, por outro, dificultou um exame mais preciso dos resultados alcançados pelo Núcleo em seu tempo de existência. Ainda que não tenha impossibilitado o alcançar dos objetivos propostos pela pesquisa, essa disponibilidade facilitaria a obtenção de mais dados, os quais ampliariam o exame do perfil socioeconômico dos demandantes, perfil dos bens e serviços mais demandados, origem das prescrições médicas, gasto do município com as demandas judiciais, patologias que acometem os autores das ações, entre outras informações.

Finalmente, o estudo e relato da experiência concreta do município de Três Rios também teve o propósito de estimular e orientar outros municípios de médio porte ao seu entorno a abordar a judicialização da Saúde respaldada nas políticas públicas de saúde no SUS, como uma demanda a ser compreendida, prevenida e enfrentada de modo mais aprofundado e não mais como um problema sem solução possível.

Pelo exposto, espera-se que esta dissertação seja útil para que essas estratégias apresentadas sejam adaptadas, replicadas e aperfeiçoadas em outros municípios de médio porte e que o tema da judicialização da saúde possa ser olhado em uma perspectiva que contemple as realidades distintas do país, porém mantendo o acesso ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. *Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde*. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. 116p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Manual-de-Direito-Sanit%C3%A1rio-1.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

AITH, F. M. A. *et al.* Os Princípios da Universalidade e Integralidade do SUS sob a perspectiva da política de Doenças Raras e da Incorporação tecnológica. *Rev. Dir. Sanit.*, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804/85759>. Acesso em: 4 maio 2023.

ALBERT, C. E. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. *Revista Técnica CNM*, Brasília, DF, p. 151-175, 2016. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revista%20T%C3%A9cnica%20\(2016\).pdf](https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revista%20T%C3%A9cnica%20(2016).pdf). Acesso em: 24 out. 2022.

ALBUQUERQUE, I. M. P. Alternativas para o sistema de justiça promover e proteger bens sanitários de forma igualitária no SUS. *In*: WANG, D. W. L; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 112-134. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 17 mar. 2022.

ARAÚJO, C. P. A Concessão Judicial de medicamentos para o tratamento oncológico? Uma questão de normatividade. *Revista AGU*, Brasília, DF, n. 141, 2013. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/a_concessao_judicial_de_medicamentos_para_o_tratamento_oncologico_-_uma_questao_de_normatividade_-_c-5.pdf. Acesso em: 8 out. 2022.

ARAÚJO, C. P.; LÓPEZ, E. M. P.; JUNQUEIRA, S. R. S. *Judicialização da saúde: saúde pública e outras questões*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Judicializa%C3%A7%C3%A3o_da_Sa%C3%BAdede/dxMcEAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover. Acesso em: 8 out. 2022.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 48-65, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122306>. Acesso em: 4 maio 2023.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências*. Brasília, DF: CNJ, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

AZEVEDO, V. L.; ALENCAR, E. E. L.; SOUSA FILHO, A. J. T. S. Atendimento qualitativo aos usuários do município de Santa Rita - PB, no enfrentamento da judicialização da saúde. *In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão.* Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 626-649. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 2 jun. 2023.

BANDEIRA, L. M. Enfrentando a Judicialização com gestão: a reestruturação da Assistência Farmacêutica no SUS de Três Rios. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIREITO À SAÚDE, 1., 2011, Brasília, DF. Anais [...].* Brasília, DF: AGU, 2011.

BANDEIRA, L. M. *et al.* A atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios como um norte para contenção saudável da Judicialização em Saúde. *In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 33., 2017, Brasília, DF. Anais [...].* Brasília, DF: CONASEMS, 2017.

BANDEIRA, L. M.; COSTA, C. A. Direito a Saúde e Excessiva Judicialização, Interferência entre as Esferas de Governo Responsabilização e Implicações. *In: PRÊMIO MELHORES PRÁTICAS, 2011, Rio de Janeiro. Anais [...].* Rio de Janeiro: Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ, 2012. Disponível em: <https://portal-br.tcerj.tc.br/web/ecg/melhores-praticas-2011>. Acesso em: 03 de agosto 2023.

BANDEIRA, L. M.; SABINO, M. G. Acesso a Medicamentos e Equidade: a Reestruturação da Assistência Farmacêutica no SUS de Três Rios. *In: PRÊMIO MELHORES PRÁTICAS, 2011, Rio de Janeiro. Anais [...].* Rio de Janeiro: Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ, 2012. Disponível em: <https://portal-br.tcerj.tc.br/web/ecg/melhores-praticas-2011>. Acesso em: 03 de agosto 2023.

BARROSO, L. R. Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. *Consultor Jurídico, [s.l.]*, 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica?imprimir=1. Acesso em: 14 maio 2023.

BASTOS, L. B. R. *et al.* Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 54, n. 25, 2020.* Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/25/pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BATISTELLA, P. M. F. *et al.* Judicialização na saúde em município de grande porte. *REME Rev. min. Enferm., Belo Horizonte, v. 23, p. e-1244, 2019.* Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1390>. Acesso em: 4 maio 2023.

BEZERRA, W. F. Prefácio. *In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão.* Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 4-5. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 2 jun. 2023.

BIEHL, J. *et al.* Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum. Rights*, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 36-52, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22773096/>. Acesso em: 4 maio 2023.

BIEHL, J.; SOCAL, M. P.; AMON, J. J. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health Hum. Rights*, [s.l.], v. 18, n. 1, p. E36-52, 2016. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/hhrjournal/wp-content/uploads/sites/2469/2016/06/Bieh11.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

BLOISI, A. R. *et al.* Cooperação interinstitucional para a solução extrajudicial das demandas de saúde: uma experiência no município de Santo Antônio de Jesus - BA. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 546-562. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.392, de 13 de dezembro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão da Advocacia-Geral da União, aprova o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão da Procuradoria-Geral Federal e remaneja cargos em comissão para a Advocacia-Geral da União e para a Procuradoria-Geral Federal. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, 14 dez. 2010a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7392&ano=2010&ato=2bekXV65EMVpWT307>. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano CXLVIII, n. - 123, p. 1, 29 jun. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 11, p. 1-4, 16 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jan. 1999a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 01 fev. 1999c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9784.htm. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 fev. 1999b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 abr. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, supl. 190, p. 61, 3 out. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017c. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*: Brasília, DF, 2017d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 569, Supl. 1903 out. 2017e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2, de 3 de janeiro de 2022. Inclui o campo "Medicamentos Antineoplásicos Informados" na tela de dados complementares de quimioterapia da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), para seleção dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de pacientes com câncer. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2022a. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/01/portaria2.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 45, 31 jan. 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 1998a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, v. 134, n. 216, p. 22932-22940, 6 nov. 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, dez. 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007_comp.html. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 out. 1998b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 91, 28 dez. 2017f. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 19 dez. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*. Brasília, DF, 30 maio. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 4, de 18 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços - CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=104909>. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Assistência Farmacêutica na gestão municipal*: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/AF_na_gestao_municipal_nivel_superior_vol4.pdf. Acesso em: 6 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*: RENAME 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 4 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê gestor do Decreto 7508 – GE COAP. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. *Roteiro de uso hórus - módulo especializado*. Versão 2.4 – 08/2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/horus/manuais/arquivos/2018/roteiro-uso-he-v-2-4.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 3) Nas ações em que se busca o fornecimento de medicamentos, a escolha do fármaco compete a médico habilitado e conhecedor do quadro clínico do paciente, podendo ser tanto um profissional particular quanto um da rede pública. *Jurisprudência em Teses*. Brasília, DF, n. 169, p. 2, 07 maio 2021. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/JuriTeses/article/view/11671/11793>. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 1366243 RG/SC – Santa Catarina*. Repercussão geral no Recurso Extraordinário. Recurso extraordinário. Constitucional e administrativo. Fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no sistema único de saúde - SUS. Interesse processual da união. Solidariedade dos entes federados. Competência para processamento da causa. Multiplicidade de recursos extraordinários. Papel uniformizador do supremo tribunal federal. Relevância da questão constitucional. Manifestação pela inexistência de repercussão geral. Relator: Min. Gilmar Mendes, 08 de setembro de 2022c. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 02 maio 2023.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (Brasil). Resolução CMED nº 4, de 07 de agosto de 2007. Altera o caput do artigo 1º da Resolução nº 4, de 18 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 157, p. 2, 15 ago. 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/medicamentos/cmed/precocap/arquivos/5453json-file-1>. Acesso em: 4 maio 2023.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (Brasil). Resolução nº 3, de 2 de março de 2011. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, a sua aplicação, a nova forma de cálculo devido à mudança de metodologia adotada pela Organização das Nações Unidas – ONU, e sobre o Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 3, 9 mar. 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cmed/2011/res0003_02_03_2011.html. Acesso em: 4 maio 2023.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (Brasil). Resolução nº 5, de 21 de dezembro de 2020. Divulga o novo Coeficiente de Adequação de Preços (CAP). *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 1, 23 dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/legislacao/RESOLUOCTECMEDN5de21dedezembrode2020versoDOU.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

CENTRO DE APOIO AO DIREITO PÚBLICO (São Paulo). *Judicialização da Saúde: Fornecimento de medicamentos pelo Poder Público*. 2. ed. São Paulo: CADIP, 2022. Disponível em:

https://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPublico/Pdf/Cadip/Esp_CADIP_Jud_Sa%C3%BAde_2ed_2022-06-01.pdf. Acesso em: 6 out. 2022.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. *Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIEFFI, A. L.; BARRADAS, R. C. B.; GOLBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Serv. Res.*, London, v. 17, n. 499, 2017. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2430-x>. Acesso em: 4 maio 2023.

CHRISTIANSEN, T. A SWOT analysis of the organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy*, Amsterdam, v. 59, n. 2, p. 99–106, 2002. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851001002007?via%3Dihub>. Acesso em: 4 maio 2023.

CLEVELAND, A. L. S.; SANTOS, E. *O processo de descentralização da regulação de acesso para a Estratégia de Saúde da Família de Três Rios – RJ*. 2022. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Univértix - Sociedade Educacional Gardino Ltda, Três Rios, 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Judicialização da Saúde: Estratégias efetivas à diminuição por meio de ações locais*. Brasília, DF, 2016. 112 p. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1TemHZITlwhfAYyDBMtQRaEOF_JMN-KB/view?usp=sharing. Acesso em: 28 set. 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Judicialização da Saúde cresce nos últimos anos e compromete gestão municipal*. Brasília, DF, 05 outubro 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/judicializacao-da-saude-cresce-nos-ultimos-anos-e-compromete-gestao-municipal>. Acesso em: 28 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 306-397, 17 nov. 2004. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=100657>. Acesso em: 21 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Enunciados com a redação alterada e revogado na VI Jornada de Direito da Saúde do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. *In: JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE*, 6., 2023, Cuiabá. *Anais* [...]. Cuiabá: Conselho Nacional de Justiça, 2023. p. 3-4. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/04/enunciados-aprovados-vi-jornada-saude.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça*. Brasília, DF: CNJ, p. 1, 2019a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução*. Brasília, DF: CNJ, 2019b. 23 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: Seção 2, Brasília, DF, p. 35-36, 24 nov. 2009. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/695>. Acesso em: 4 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Provimento nº 84, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre o uso e o funcionamento do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 19 ago. 2019c. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/provimento-842019-cnj-nat-jus.pdf#:~:text=Corregedoria%20PROVIMENTO%20N%C2%BA%2084%2C%20DE%2014%20DE%20AGOSTO,no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20legais%20e%20regimentais%2C>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação nº 31, de 30 março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/847>. Acesso em: 4 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação nº 43, de 20 de agosto de 2013. Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1823#:~:text=Recomenda%20aos%20Tribunais%20de%20Justi%C3%A7a,processos%20relativos%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20suplementar>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Resolução nº 107, de 06 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=173>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 6 set. 2016. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Resolução nº 388 de 13 de abril de 2021. Dispõe sobre a reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde, fixados pela Resolução CNJ nº 238/2016, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3868>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde*. Brasília, DF, 10 junho 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 52, 20 maio 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 06 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

PORTELLA, A. P. F.; TRAVESSO, L. C. Utilização da curva ABC para análise de gastos com medicamentos visando atendimentos judiciais para tratamentos de média e alta complexidade no município de Campinas - SP e a necessidade de pactuação federativa para atendimento destas demandas. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios*: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 396-410. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 28 set. 2022

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Orientações sobre tratamento quimioterápico no SUS*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ORIENTA%C3%87%C3%83O-SOBRE-TRATAMENTO-QUIMIOTER%C3%81PICO-NO-SUS-1.pdf>. Acesso em: 6 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL HESIO CORDEIRO. (org.). *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano*. 2. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 6 out. 2022.

DEBASTIANI, J. C. *et al.* Estudo do perfil processual das demandas vinculadas à judicialização e recomendações administrativas de ações e serviços em saúde pública no município de Corbélia - PR. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 490-505. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 2 jun. 2023.

DESCRITORES EM CIÊNCIA DA SAÚDE. *Judicialização da saúde*. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde, 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 20 fev. 2018.

DIAS, T. B. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no município de Ivinhema, Mato Grosso do Sul. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.*, Brasília, DF, v.8, n.4, p. 66-77, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/540/620>. Acesso em: 17 mar. 2022.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA. A judicialização da saúde no Distrito Federal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PTXJ9db6bfHCrntkz4cfvsH/>. Acesso em: 4 maio 2023.

DRESCH, R. L. Resenha: Direito à saúde - Análise à luz da judicialização. *R. Dir. sanit. [s. l.]*, v. 17, n. 2, p. 193-199, 2016. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v17i2p193-199. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122313>. Acesso em: 4 maio 2023.

FERRAZ, O. L. M. *Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil*. New York: Cambridge University Press, 2020.

FERRAZ, R. H. R. *et al.* Demandas judiciais direcionadas à Assistência Farmacêutica de Vitória da Conquista - BA: aplicação de indicadores para avaliação e monitoramento. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 313-334. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FERREIRA, P. R.; GARCIA, R. A. A judicialização de medicamentos em uma cidade de pequeno porte - Santa Rita de Caldas - MG: uma análise na perspectiva do usuário. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 528-543. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FERREIRA, R. A. O ato injusto da justiça: percepção dos profissionais da saúde sobre a judicialização da saúde e seus efeitos no processo gerencial de regulação assistencial em saúde. 2021. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/43369/1/Ferreira%2c%20Raissa%20Alves.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

FIOCRUZ CAMPUS VIRTUAL. *IdeiaSUS*. Rio de Janeiro, [2023]. Disponível em: <https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=node/29169>. Acesso em: 3 julho 2023.

FORTUNATO, B. C.; BOTELHO, M. C. Descompasso na saúde pública: o acesso à justiça e a judicialização versus o direito à saúde na Constituição de 1988. *Prisma Jur.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 153-172, jan./jun. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.5585/prismaj.v20n1.13837>. Acesso em: 15 maio 2022.

FREITAS, B. C.; FONSECA, E. P.; QUELUZ, D. P. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>. Acesso em: 4 maio 2023.

FREITAS, B. C.; QUELUZ, D. P. Perfil da judicialização da saúde pública no município de Piracicaba - SP. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 206-228. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 2 jun. 2023.

GADELHA, M. I. O papel dos médicos na judicialização da saúde. *Rev CEJ*, [s.l.], v. 18, n. 62, p. 65-70, 2014. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/1862>. Acesso em: 4 maio 2023.

GIBIS, B. *et al.* Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program. *Health Policy*, Amsterdam, v. 58, n. 1, p. 27–35, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00149-x](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00149-x). Acesso em: 4 maio 2023.

HOLLOWAY, K. G. T. *Drug and therapeutics committees: A practical guide*. Geneve: World Health Organization, 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68553>. Acesso em: 4 maio 2023.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. *Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União*. São Paulo, 24 de maio 2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>. Acesso em: 17 out. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Medicamentos oncológicos de compra centralizada. *Informe SUS-ONCO*, ano V. n. 47, abr. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informe-sus-onco-abril-2021.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

KAHVECI, R.; MEADS, C. Analysis of strengths, weaknesses, opportunities, and threats in the development of a health technology assessment program in Turkey. *Int J. Technol. Assess. Health Care*, Cambridge, v. 24, n. 2, p. 235–240, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S026646230808032X>. Acesso em: 4 maio 2023.

LISBOA, E. S.; DE SOUZA, L. E. P. F. Por que as pessoas recorrem ao judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1857–1864, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.33922016>. Acesso em: 4 maio 2023.

MANETTI, C.; BERTINETTI, L. O auxílio da Ferramenta Planejamento Estratégico Situacional na diminuição de processos judiciais de medicamentos em Canguçu – RS. In: WANG, D. W. L; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 253-271. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MAPAS BLOG. *Mapas do estado do Rio de Janeiro*. 2022. Disponível em: <https://mapasblog.blogspot.com/2011/11/mapas-do-estado-do-rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 27 out. 2022.

MARTINS, D. G. *Essays on Public Procurement*. São Paulo, 2020. 100f. Tese (Doutorado em Economia dos Negócios) – Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2021/10/Essays-on-Public-Procurement_Darcio-Genicolo-Martins.pdf. Acesso em: 8 out. 2022.

MOREIRA, T. R. B. M. A experiência do município de Ribeirão Preto frente à judicialização da saúde e à nova Lei Municipal nº 3.044/2020. In: WANG, D. W. L; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 664-686. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 28 set. 2022.

MOURA, C. G. A. Judicialização da saúde e o atual quadro de insegurança jurídica. *Conteúdo Jurídico*. Direito Institucional, 24 fev. 2023. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos%20/61102/judicializacao-da-sade-e-o-atual-quadro-de-insegurana-juridica>. Acesso em: 2 maio 2023.

NISIHARA, R. M. *et al.* Demanda judicial de medicamentos na Justiça Federal do Estado do Paraná. *Gestão Economia Saúde*, [s.l.], v. 15, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3792>. Acesso em: 4 maio 2023.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al.* Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas. *Saúde Debate*, Londrina, v. 39, n.105, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>. Acesso em: 28 set. 2022.

OLIVEIRA, R. G.; SOUZA, A. S. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina - MG. *Gerais (Esc. Saúde Pública Minas Gerais)*, [s.l.], v. 2, n. 2, p.35-45, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2014/34418/34418-882.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Ginebra, 2003. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68129/WHO_EDM_2002.5_spa.pdf;jsessionid=5BAA8C5D13BB0E5F80EA0C1514646E6D?sequence=1. Acesso em: 6 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Políticas Farmacêuticas*. 15 out. 2009. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1903:politic-farmaceuticas&Itemid=1177&lang=pt#gsc.tab=0. Acesso em: 6 out. 2022.

PAULA, A. D.; PAULA, C. D. O direito à saúde baseada em evidências: Decisões judiciais sobre o fornecimento de medicamentos no município de Guará - SP. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses Jurídicas, Diagnósticos e Experiências de Gestão*. Brasília, DF, 2022. p. 353-375. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 4 maio 2023.

PEPE, V. L. E.; MARTINS, O. C. Práticas abusivas e fraudes em demandas judiciais de medicamentos: estratégias para sua identificação e minimização. *In*: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 600-625. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 28 set. 2022.

PEREIRA, G. G. *et al.* Impactos da pandemia da COVID-19 na dispensação de medicamentos pela assistência farmacêutica da regional de Pirapora. *Rev. G&S*, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 357-370, set./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/32275>. Acesso em: 4 maio 2023.

PINTO, C. D. B.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*, Londrina, v. 39, p. 171-183, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005152>. Acesso em: 16 mar. 2023.

PONTAROLLI, D. R. S.; MORETONI, C. B.; ROSSIGNOLI, P. A organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS: Direito à saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2015. p. 3-14. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_3B.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

PONTES, M. A. *et al.* Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nMZSk6xDywx7Cmb4wHcy9N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2023.

PORTELLA, A. P. F.; TRAVESSO, L. C. Utilização da curva ABC para análise de gastos com medicamentos visando atendimentos judiciais para tratamentos de média e alta complexidade no município de Campinas - SP e a necessidade de pactuação federativa para atendimento destas demandas. *In*: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 396-410. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 28 set. 2022

RIBEIRO, D. V. H. Judicialização e desjudicialização: Entre a deficiência do legislativo e a insuficiência do judiciário. *Rev. Inform. Legisl.*, [s.l.], n. 199, p. 25-33, 2013. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r33785.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Deliberação CIB nº 4.609 de 05 de julho de 2017. Pactuar o plano oncológico do estado do Rio de Janeiro, vigência 2017/2021. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 05 jul. 2017. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/543-2017/junho/5014-deliberacao-cib-n-4-609-de-05-de-julho-de-2017.html>. Acesso em: 4 maio 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Deliberação CIB nº 5.892 de 19 de julho de 2019. Pactua as referências da rede de alta complexidade em oncologia no âmbito do estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 19 jul. 2019. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/650-2019/julho/6522-deliberacao-cib-rj-n-5-892-de-19-de-julho-de-2019.html>. Acesso em: 4 maio 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2.361, de 30 de julho de 2021. Altera a disciplina, regulamentação e normatização do fluxo a ser observado para a realização de pesquisa(s) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 30 jul. 2021a. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/resolucao-ses-no-2361/>. Acesso em: 28 set. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-RJ nº 530 de 14 de agosto de 2008. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica do estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 14 ago. 2008. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/113-cib-2008/agosto/484-deliberacao-cib-rj-n-0530-de-14-de-agosto-de-2008.html>. Acesso em: 11 mar. 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. Nota Informativa 01/2021: Solicitações emergenciais de Imunoglobulina Humana para Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Síndrome de Guillain-Barré e Síndrome Inflamatória Pediátrica Associada a COVID19 (SIM-P), via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI5ODk%2C>. Acesso em: 4 maio 2023.

ROMA, Z. O. Da farmacialização do judiciário: breves considerações. *Revista Processo*, [s.l.], v. 270, p. 279-310, 2017. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/11237>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SANTOS, B. H. S. S. O locus dos municípios na judicialização da saúde: competência material e responsabilização processual à luz da tese do Tema 793/STF. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 34-57. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 4 maio 2023.

SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. *Saúde Debate*, Londrina, v. 45, n. 130, p. 807-818, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vSvHRqJW8XKDSvgqGYGctdy/>. Acesso em: 4 maio 2023.

SANTOS, L.; CAMPOS, T. Direito sanitário: desafios jurídico-teóricos e normativos evidenciados pela pandemia da Covid-19. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses Jurídicas, Diagnósticos e Experiências de Gestão*. Brasília, DF, 2022. p. 154-178. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 4 maio 2023.

SCHULZE, C. J. A Nova Judicialização da Saúde. In: GONÇALVES, S. K. (org.). *Revista de direito sanitário da Comissão da Saúde*. Saúde e Ministério Público: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público, 2020. E-book (316 p.). Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal//images/documentos/REVISTA_DIREITO_SANITARIO_WEB.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

SCHULZE, C. J. Números de 2019 da Judicialização da Saúde no Brasil. *Emporio do Direito*, São Paulo, 02 set. 2019. Disponível em: <https://emporiოდireito.com.br/leitura/numeros-de-2019-da-judicializacao-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 28 set. 2022.

SILVA, A. B.; SCHULMAN, G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Rev. Bioét.*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252189>. Acesso em: 28 set. 2022.

SIQUEIRA, P. S. F. Judicialização em saúde no Estado de São Paulo. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS: Direito à saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2015. p. 3-15. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

SOUSA, E. C. F. Judicialização da saúde: impactos da judicialização da saúde no orçamento do estado do Tocantins. *Boletim Jurídico*, Uberaba, ano 18, n. 986, 07 jul. 2020. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/artigos/direito-constitucional/10298/judicializacao-saude-impactos-judicializacao-saude-orcamento-estado-tocantins>. Acesso em: 02 out. 2022.

TAVARES, M. C. *Gestão estratégica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

TRÊS RIOS. *Decreto nº 4.270, de 14 de dezembro de 2010*. Aprovar a 2ª edição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME 2010/2011, a ser observada por todos os prescritores no âmbito das Unidades Próprias, Contratadas e Conveniadas com o SUS do município de Três Rios. Três Rios: Câmara Municipal, 2010.

TRÊS RIOS. *Decreto nº 6.624, de 2 de agosto de 2021*. Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Três Rios: Câmara Municipal, 2021a.

TRÊS RIOS. *Decreto nº 6.625, de 2 de agosto de 2021*. Nomeia membros para comporem à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Três Rios: Câmara Municipal, 2021b.

TRÊS RIOS. *Decreto nº 6.920, de setembro de 2022*. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), no âmbito do SUS do Município de Três Rios, e dá outras providências. Três Rios: Câmara Municipal, 2022a.

TRÊS RIOS. *Decreto nº 6.921, de 12 de setembro de 2022*. Estabelece as Diretrizes dos Serviços Farmacêuticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Três Rios, e dá outras providências. Três Rios: Câmara Municipal, 2022b.

TRÊS RIOS. *Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde*. Três Rios, 2022c.

TRÊS RIOS. Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências da Região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro. Aprovado em Deliberação CIB CS nº 05, de 17 de fevereiro de 2022. Três Rios, 2022d.

TRÊS RIOS. Portaria nº 319/2009/GP, de 13 de abril 2009. Nomear a Comissão Municipal responsável pelo Planejamento, Seleção, Programação, Acompanhamento, Controle e Avaliação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. *Boletim Informativo Oficial*, Três Rios, 2009a.

TRÊS RIOS. Portaria nº 543 de novembro de 2009. Instituir as normas de acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS de Três Rios. *Boletim Informativo Oficial*, Três Rios, 2009b.

TRÊS RIOS. Portaria nº 544 de novembro de 2009. Normatizar a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito das Unidades Próprias, contratadas e Conveniadas com SUS do Município de Três Rios. *Boletim Informativo Oficial*, Três Rios, 2009c.

TRÊS RIOS. *Resolução CMS nº 29, de 15 de dezembro de 2021*. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Três Rios, 2021c.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Melhores Práticas premiou ações municipais na área de saúde. Jusbrasil. [s.l.], 26 jul. 2012. Disponível em: <https://tce-rj.jusbrasil.com.br/noticias/3084890/melhores-praticas-premiou-acoes-municipais-na-area-de-saude>. Acesso em: 4 maio 2023.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Ofício PRS/SSE/CSO nº 1261/2009*. Relatório de Inspeção Operacional Ordinária realizada no Sistema Municipal de Saúde de Três Rios no período de 02 a 20 de junho de 2008, com escopo em sistemas de saúde. Rio de Janeiro, 14 jan. 2009.

VASCONCELOS, M. C. *Estratégias de enfrentamento da judicialização da saúde utilizadas pelos gestores do sistema público de saúde do município de Ribeirão Preto – SP*. 2020. 70f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-11062021-084019/pt-br.php>. Acesso em: 17 mar. 2023.

VASCONCELOS, N. P. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. *Rev. Adm. Pública*, [s.l.], v. 55, n. 4, p. 923-949, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200121>. Acesso em: 4 maio 2023.

VASCONCELOS, N. P.; WANG, D. W. L. O impacto institucional da judicialização da saúde pública no Brasil. *Revista Advogado*, [s.l.], n. 146, p. 110-116, 2020. Disponível em: https://aplicacao.aasp.org.br/aasp/servicos/revista_advogado/paginaveis/146/109/index.html#zoom=z. Acesso em: 15 maio 2023.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em: 4 maio 2023.

VIEIRA, F. S. *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

VIEIRA, F. S. Judicialization and right to health in Brazil: a trajectory of matches and mismatches. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n. 57, v. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>. Acesso em: 4 maio 2023.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214–222, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>. Acesso em: 4 maio 2023.

WANG, D. W. L. Introdução. In: WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V. (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão*. Brasília, DF: CONASEMS, 2022. p. 16-19. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>. Acesso em: 2 jun. 2023

WANG, D. W. L. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. *Hum Rights Law Rev.*, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 617-641, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngv025>. Acesso em: 4 maio 2023.

WANG, D. W. L. *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*, [s.l.], v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

WANG, D. W. L.; TERRAZAS, F. V.; FERREIRA, J. A. (org.). *Direito à saúde, judicialização e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal*. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. (Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir). Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha_2_PROVA-3-1.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

YAMAUTI, S. M. *et al.* Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol. *Syst. Rev.*, [s.l.], v. 10, n. 11, p. 164, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02043-x>. Acesso em: 27 jul. 2023.

YAMAUTI, S. M. *et al.* Strategies Implemented by Public Institutions to Approach the Judicialization of Health Care in Brazil: A Systematic Scoping Review. *Front Pharmacol.*, [s.l.], v. 30, n. 11, p. 1128, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7406659/>. Acesso em: 18 out. 2022.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZON, H.; PAVLOVA, M.; GROOT, W. Decentralization and health resources transfer to local governments in Burkina Faso: A SWOT analysis among health care decision makers. *Health Sci. Rep.*, [s.l.], v. 2, n. 6, p. 119, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hsr2.119>. Acesso em: 4 maio 2023.

ANEXO A – Termo de Anuência da Prefeitura de Três RiosSecretaria de
SAÚDE E
DEFESA CIVIL**TRÊS RIOS**
— PREFEITURA —**TERMO DE ANUÊNCIA AO PROJETO DE PESQUISA**

A Secretária de Saúde do município de Três Rios/RJ declara apoio à realização da pesquisa intitulada: **Ações de prevenção e enfrentamento da judicialização em saúde nos municípios brasileiros: a atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios/RJ**, sob responsabilidade da servidora pública do Município **LILIANE MEDICI BANDEIRA**, atualmente, cursando o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de medicina Social Hésio Cordeiro, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição, concede-se a anuência para seu desenvolvimento. Autoriza-se a utilização apenas de dados de domínio público e não nominados no Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde e somente para embasamento dos objetivos propostos neste estudo.

Considerando que este estudo não envolverá pesquisa direta com seres humanos, ficará dispensada a necessidade de submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final de pesquisa para o gestor e equipe (s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Três Rios, 30 de setembro de 2022.


Izabel Aparecida Mendonça Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

Rua da Maçonaria, nº 320 - Centro - três Rios/RJ – CEP 25.805-025
Telefone: (24) 2251-1649
E-mail: saúde@tresrios.rj.gov.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 2.361/2021 CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A CARTA Nº0212/CONEP/CNS/2010 CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A RESOLUÇÃO CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a área técnica da Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para a pesquisadora **Liliane Médici Bandeira**, da instituição: Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) para realização da pesquisa intitulada "**Ações de prevenção e enfrentamento da judicialização em saúde nos municípios brasileiros: a atuação do Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde no município de Três Rios**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira
Superintendente de Educação em Saúde
ID. Funcional 50005839

Silvia Portugal
Assessora-Chefe
ID 13923544
Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais
Subsecretaria Jurídica

Rio de Janeiro, 03 abril de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 05/04/2023, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvia Regina de Souza Portugal, Assessora Chefe**, em 14/04/2023, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **49700995** e o código CRC **36E5A4FB**.

Referência: Processo nº SEI-080001/007051/2023

SEI nº 49700995

Rua México,128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br