

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA, EXTENSÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Sueli Miyuki Yamauti**

**ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS BRASILEIRAS  
PARA ABORDAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

**Sorocaba/SP  
2020**

**Sueli Miyuki Yamauti**

**ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS BRASILEIRAS  
PARA ABORDAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Cruz Lopes

**Sorocaba/SP  
2020**

### Ficha Catalográfica

Y19e Yamauti, Sueli Miyuki  
Estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde / Sueli Miyuki Yamauti. – 2020.  
281 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Cruz Lopes  
Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) –  
Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2020.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde - Brasil.  
3. Direito a saúde. 4. Judicialização da saúde. 5. Serviços farmacêuticos. I. Lopes, Luciane Cruz, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

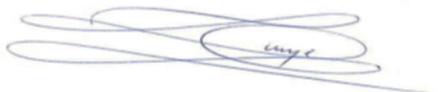
**Sueli Miyuki Yamauti**

**ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS BRASILEIRAS  
PARA ABORDAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

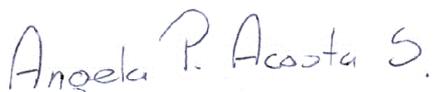
Tese aprovada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor no Programa  
de Pós-Graduação em Ciências  
Farmacêuticas da Universidade de  
Sorocaba.

Aprovado em: 29 de maio de 2020

**BANCA EXAMINADORA:**



Prof.ª Dr.ª Luciane Cruz Lopes  
Universidade de Sorocaba - UNISO



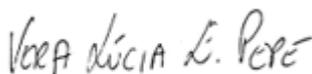
Prof.ª Dr.ª Angela Patricia Acosta Santamaria  
Universidade de São Paulo - USP



Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

REYNALDO MAPELLI Assinado de forma digital por REYNALDO  
MAPELLI JUNIOR:11383079803  
JUNIOR:11383079803 Dados: 2020.07.08 12:15:48 -03'00'

Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Júnior  
Escola Superior do Ministério Público de São Paulo – ESMP



Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Edais Pepe  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

À  
J.H.H.O.  
頑張っ!

## **AGRADECIMENTOS**

Aos profissionais que representam as instituições que tornaram viável a realização deste doutorado: Capes, HU Unifesp e Uniso.

À família e aos amigos.

À Luciane e à Cristiane. Mais do que professoras, amigas!

## RESUMO

**Introdução:** A judicialização da saúde pode ser entendida como uma resposta da sociedade às necessidades prementes por cuidados em saúde, que possivelmente não estão sendo adequadamente abordadas pelo sistema de saúde. Quando em excesso, ela é um fenômeno que pode aumentar os custos e os gastos públicos e, conseqüentemente, desestruturar o sistema judiciário e os serviços de saúde. As instituições públicas que vivenciam a judicialização da saúde, utilizam alguma estratégia para abordá-la, mas, por serem pouco publicitadas, elas ainda não foram catalogadas. **Objetivo:** Analisar as estratégias implementadas em instituições públicas, dos sistemas de saúde e da justiça, para abordar a judicialização da saúde. **Métodos:** Revisões sistemáticas de escopo que consideraram quaisquer documentos, publicados até março de 2019, que descreviam qualquer tipo de estratégia implementada em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil. As buscas foram efetuadas em 18 bases eletrônicas de informação, na literatura cinzenta e nas referências dos documentos, utilizando-se o descritor “judicialização da saúde”. As estratégias implementadas foram agrupadas com base em suas principais características e categorizadas de acordo com a legislação brasileira e definições da Organização Mundial da Saúde. Posteriormente, foram realizados dois estudos transversais que compararam as propostas de estratégias para abordar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe, elaboradas por Pinzón-Flórez *et al.* e a judicialização da assistência farmacêutica no Brasil, por Vieira *et al.* com as estratégias implementadas e identificadas pela revisão de escopo. Por fim, elaborou-se um protocolo de revisão sistemática com o objetivo de analisar a efetividade das estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde. A revisão sistemática será realizada somente após a obtenção do seu registro junto ao *International prospective register of systematic reviews*. **Resultados:** As revisões de escopo identificaram 78 estratégias implementadas em instituições públicas, as quais 59 (75,6%) estavam em funcionamento (março/2019); 45 (57,7%) foram implementadas pelas instituições de saúde; 73 (93,6%) utilizaram os recursos humanos e a infraestrutura existentes e; 56 (71,8%) celebraram acordos interinstitucionais. Elas foram distribuídas em nove categorias: i. Apoio técnico ao judiciário, ii. Comitê estadual da saúde, iii. Organização da assistência, iv. Cumprimento das decisões judiciais, v. Sistema informatizado de informações, vi. Processo administrativo, vii. Defesa do ente público, viii. Comissão de farmácia e terapêutica e ix. Métodos de solução consensual de conflitos. As análises comparativas mostraram que a maioria das estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* e por Vieira *et al.* coadunam com as estratégias implementadas em instituições públicas e com políticas e programas de governo brasileiros. **Conclusões:** As estratégias implementadas no Brasil atuam em diversos níveis de atenção à saúde, de forma intersetorial e interinstitucional. Dessa forma, elas conseguem intervir simultaneamente em várias atividades exercidas pela Administração Pública que são sensíveis à judicialização da saúde. Além disso, são factíveis de serem implementadas ou adaptadas em contextos parecidos, embora necessitem de dispositivos legais, infraestrutura, recursos humanos e, principalmente, vontade política dos tomadores de decisão.

**Palavras-chave:** Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS). Administração Pública. Sistema de Justiça. Judicialização da saúde. Estratégias.

## ABSTRACT

**Introduction:** The judicialization of health care can be understood as a response by society to the pressing needs for health care, which are possibly not being adequately addressed by the health system. When in excess, it is a phenomenon that can increase public costs and expenses and, consequently, disorganize the judicial system and health services. Public institutions that experience the judicialization of health care use some strategy to approach it, but, because they are little publicized, they have not yet been cataloged. **Objective:** To analyze the strategies implemented in public institutions, belonging to the health and justice systems, to approach the judicialization of health care. **Methods:** Systematic scoping reviews that considered any documents, published until March 2019, that described any type of strategy implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil. The searches were carried out in 18 electronic databases, in the gray literature and in the references of the documents, using the descriptor “judicialization of health”. The implemented strategies were grouped based on their main characteristics and categorized according to the definitions from the World Health Organization and existing Brazilian legislation. Subsequently, two cross-sectional studies were carried out to compare the strategy to approach the judicialization of health care in Latin America and Caribbean, proposed by Pinzón-Flórez *et al.* and in Brazil, by Vieira *et al.* with the institutional strategies implemented and identified by systematic scoping reviews. Finally, a systematic review protocol was developed in order to analyze the effectiveness of the strategies implemented to approach the judicialization of health care. The systematic review will be carried out only after obtaining its registration with the International Prospective Register of Systematic Reviews. **Results:** The systematic scoping reviews identified 78 strategies implemented in public institutions, of which 59 (75.6%) were in operation (March / 2019); 45 (57.7%) were implemented by health institutions; 73 (93.6%) used existing human resources and infrastructure and; 56 (71.8%) signed interinstitutional agreements. They were divided into nine categories: i. Technical support to the judiciary; ii. State health committees; iii. Organization of assistance; iv. Compliance with court orders, v. Computerized information systems; vi. Administrative proceeding; vii. Defense of the public authority; viii. Pharmacy and therapeutics committee; ix. Alternative dispute resolution. Comparative analyzes showed that most of the strategies proposed by Pinzón-Flórez *et al.* and by Vieira *et al.* are compatible with the strategies implemented in public institutions and with Brazilian government policies and programs. **Conclusions:** The strategies implemented in Brazil operate at different levels of health care, in an intersectoral and interinstitutional way. In this way, they are able to intervene simultaneously in various activities carried out by the Public Administration that are sensitive to the judicialization of health care. In addition, they are feasible to be implemented or adapted in similar contexts, although they need legal provisions, infrastructure, human resources and, mainly, the political will of decision makers.

**Keywords:** Brazil. Unified Health System. Public Administration. Justice Administration System. Judicialization of Health Care. Strategies.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>A Administração Pública no SUS</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>A assistência farmacêutica no SUS</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4</b>	<b>A judicialização da saúde e a da assistência farmacêutica no Brasil</b> .....	<b>19</b>
<b>3.5</b>	<b>Os atores envolvidos na judicialização da saúde pública</b> .....	<b>20</b>
<b>3.5.1</b>	<b>A área jurídica</b> .....	<b>21</b>
<b>3.5.2</b>	<b>O Poder Executivo</b> .....	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo 1 - Mapeamento e caracterização das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo</b> .....	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>Artigo 2 – Categorização e análise das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo</b> .....	<b>90</b>
<b>5.3</b>	<b>Artigo 3 – Estratégias para abordar a judicialização da saúde: uma análise entre teoria e prática</b> .....	<b>168</b>
<b>5.4</b>	<b>Artigo 4 – Estratégias institucionais para abordar a judicialização da assistência farmacêutica: uma análise comparativa</b> .....	<b>203</b>
<b>5.5</b>	<b>Artigo 5 – Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol</b> .....	<b>244</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>264</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>267</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>269</b>
	<b>ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÕES/TESES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA</b> .....	<b>274</b>
	<b>ANEXO B – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 1</b> .....	<b>277</b>
	<b>ANEXO C – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 2</b> .....	<b>279</b>
	<b>ANEXO D – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 5</b> .....	<b>280</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A judicialização da saúde é fenômeno multifacetado presente em vários países, mas, de forma peculiar na América Latina e no Caribe. Nestes países, é comum os cidadãos buscarem a justiça para garantir seu direito ao acesso aos cuidados e às tecnologias em saúde por diversos motivos, dentre os quais estão as falhas ou a ausência de políticas ou programas governamentais que satisfaçam suas necessidades em saúde.

Diferentemente da maioria dos estudos que analisa esse fenômeno como um direito ao acesso aos bens de saúde sob o ponto de vista dos demandantes, ou que caracterizam e quantificam os litígios em saúde, esta tese aborda a judicialização da saúde sob o ponto de vista da gestão pública. Fazendo uma análise sobre como as instituições públicas abordam as demandas por tecnologias de saúde, em seu dia-a-dia, sejam elas antes ou após serem judicializadas.

Outra característica desta pesquisa é o uso de informações provenientes de instituições públicas tanto da área da saúde quanto da área jurídica, sendo uma abordagem até então pouco convencional, pois, comumente os artigos que abordam este assunto versam sobre uma área em detrimento de outra.

Esta tese contempla introdução e referencial teórico que explicam de forma sucinta o Sistema Único de Saúde (SUS); como funciona a Administração Pública no Brasil, incluindo a gestão da assistência farmacêutica; a judicialização da saúde e da assistência farmacêutica; e quais são os profissionais e as instituições públicas que normalmente estão envolvidos com a judicialização da saúde.

Ela também inclui, cinco artigos que correspondem aos seus objetivos específicos, cujo tema central são as estratégias implementadas pelas instituições públicas com a finalidade de abordar a judicialização da saúde. E, por fim, as considerações finais que sintetizam as principais conclusões obtidas nos cinco artigos.

## 2 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano universal (1) reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2) e garantido como tal pela constituição federal de pelo menos 61 países (3), incluindo o Brasil (4, 5).

Isso quer dizer que esses países adotaram obrigações legais para garantir o acesso aos cuidados de saúde a toda população, sem a discriminação de raça, gênero, orientação sexual, idade, status econômico ou educacional, religião, entre outros (2).

Esses cuidados de saúde se inter-relacionam com os demais direitos humanos, tais como: alimentação e educação, e devem ser culturalmente aceitáveis e com qualidade apropriada, ofertados de forma oportuna e em locais acessíveis (2).

E, para que isso ocorra, a adoção de sistemas com cobertura universal de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) permitem o alinhamento das ações de governo com esses direitos.

O SUS, criado pela Lei Orgânica da Saúde em consonância com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade (6) e o modelo de excelência em gestão pública (7) abrange exclusivamente mais de 70% da população brasileira (8). Ele é constituído pelo conjunto de ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, e pela organização e o funcionamento dos serviços correspondentes dentro da Administração Pública e em todos os níveis de governo (6).

A manutenção de uma estrutura tão grande não é tarefa fácil e, obviamente, existem inúmeras barreiras e desafios a serem superados. Barreiras como dificuldade na implantação de políticas e programas, a desorganização assistencial dos cuidados de saúde, falta de estruturas físicas e de informação em vários pontos do país (8), queda de investimento com a saúde (9) e que impactam negativamente no acesso aos cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde são promovidos somente quando há tecnologias em saúde disponíveis, ou seja, quando se tem à disposição para prestar o serviço: medicamentos, insumos farmacêuticos, dietas especiais, equipamentos, procedimentos, incluindo os sistemas organizacionais e de suporte administrativos (10).

A falta ou a dificuldade no acesso às tecnologias em saúde obviamente compromete aqueles que delas necessitam e fere seus direitos. Conseqüentemente, muitas pessoas acabam recorrendo à justiça, por meio da mobilização de uma ação judicial, para reivindicar seus direitos e tê-los garantidos e cumpridos.

Essas ações judiciais em saúde fazem parte de um fenômeno multifacetado conhecido como judicialização da saúde.

A judicialização da saúde pode ser conceituada de diversas formas. O Descritor em Ciências em Saúde define a judicialização da saúde como “a busca pelo sistema judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negado pelo sistema de saúde público ou privado, seja por falta de previsão de estoque, seja por questões orçamentárias. É reflexo de um sistema de saúde deficitário, que não consegue concretizar a contento a proteção desse direito fundamental” (11).

Segundo Perlingeiro (2014), a judicialização da saúde ocorre quando uma ação judicial, individual ou coletiva, é movida contra uma autoridade de saúde pública devido uma lacuna nas políticas de saúde e/ou falhas em sua execução (12), com a finalidade de garantir e fazer cumprir o direito à saúde e preservar a dignidade humana.

Além disso, ela também pode ocorrer devido o desconhecimento do cidadão sobre o funcionamento do sistema de saúde (13), por beneficiários de planos de saúde com limitação de cobertura assistencial, por cuidados de saúde não disponíveis no SUS e por práticas médicas discordantes dos protocolos definidos pelo SUS (14, 15) com resultados positivos aos demandantes em quase 100% dos casos (16).

O excesso de litígios muitas vezes sinaliza que algo no sistema de saúde não está funcionando adequadamente. Ademais, também, pode desestruturar financeira e administrativamente as instituições envolvidas e comprometer ainda mais o atendimento a todos os usuários (17).

A fim de evitar ou minimizar essa situação, várias instituições públicas provavelmente implementaram serviços ou estratégias para abordar a judicialização da saúde, porém, nem sempre do conhecimento público, pois, são pouco divulgadas ou publicitadas e há poucos estudos que exploraram esse aspecto da judicialização da saúde.

O Tribunal de Contas da União avaliou que estudos aprofundados sobre a judicialização da saúde deveriam abranger tanto os dados do sistema de justiça,

quanto os da saúde, para que estas informações fossem cruzadas e compartilhadas. Pois, isso permitiria a elaboração de estratégias conjuntas para abordar essa questão, integrar as áreas de atuação e fornecer subsídios técnicos essenciais ao judiciário (17).

Dessa forma, entende-se que o mapeamento e análise dessas experiências seja de grande interesse, tanto para gestores quanto para pesquisadores, na compreensão da abrangência da judicialização da saúde sobre a gestão das instituições públicas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é uma das maiores políticas de inclusão social e a principal política de saúde adotado pelo Brasil. Ele reflete os ideais constitucionais de:

i. Universalidade como um direito de cidadania e elemento norteador na elaboração de políticas de saúde e na participação social a fim de garantir acesso aos cuidados de saúde a todas as pessoas indistintamente;

ii. Equidade no sentido de diminuir as desigualdades para que todos possam obter boa qualidade de vida; e

iii. Integralidade nos cuidados à saúde, incluindo a assistência farmacêutica, considerando que as necessidades em saúde de uma pessoa devem ser atendidas em sua completude e contemplando a promoção da saúde e do bem-estar, a prevenção de doenças e agravos à saúde, o tratamento terapêutico medicamentoso ou não e a reabilitação (5, 18).

Os dados do Ministério da Saúde referentes ao ano de 2018, ilustram o tamanho do SUS: Mais de 70% da população brasileira utilizava exclusivamente o SUS; o Programa Farmácia Popular (Aqui tem Farmácia Popular) possuía 31.008 drogarias credenciadas pela Farmácia Popular, em 4.383 municípios (79% de todas as cidades brasileiras) que dispensavam, sem copagamento, 20 medicamentos para o tratamento de asma, hipertensão e diabetes; o programa nacional de imunizações conseguiu 90,2% de cobertura vacinal contra a gripe; das 42.826 unidades básicas de saúde, existiam 21.141 que possuíam prontuário eletrônico; e o serviço de atendimento móvel de emergência (SAMU) cobria 82,7% da população (8).

Porém, estes dados mostram que ainda há muito a fazer, pois, a cobertura universal de saúde implica que o Estado deva ter mecanismos organizacionais (infraestrutura, recursos humanos, tecnologias em saúde etc.) e financeiros suficientemente capazes de atender às necessidades de toda a população (19).

Além disso, não adianta ter cobertura de saúde abrangente se ela não for acessível, ou seja, se as necessidades por serviços não forem compatíveis com os serviços ofertados. Fornecer o acesso universal implica em eliminar barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, organizacionais ou de gênero e, ainda,

fornecer serviços de saúde abrangentes, adequados, oportunos e de qualidade quando são necessários (19).

A fim de alinhar seus ideais com o acesso a seus serviços, o SUS está organizado de acordo com as diretrizes constitucionais:

i. Regionalização solidária e cooperativa, e hierarquização dos serviços em níveis de complexidade crescente e integrados em redes de atenção à saúde de acordo com a área de abrangência, capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional. Esta área geográfica delimitada, definida como regiões de saúde, foi planejada levando em conta a diversidade das realidades locais, ou seja, a partir de critérios epidemiológicos, econômicos-sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes local (5, 8, 20).

ii. Descentralização compartilhada da prestação de serviços de saúde entre as três esferas de governo, onde cada um possui autonomia e soberania nas suas decisões, além de responsabilidade compartilhada para estruturar os serviços de saúde com o objetivo de fornecê-los com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pela sociedade. Para exercer esta função, é necessário o fornecimento de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras principalmente aos municípios (5, 20).

iii. Participação e controle social: realizada por meio de conselhos e conferências de saúde, que possuem funções de planejamento e elaboração de estratégias, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde; pelos movimentos sociais que atuam no campo da saúde e pelos cidadãos que devem ser estimulados a participar e avaliar os serviços de saúde (5, 20).

Após o Pacto firmado entre os gestores do SUS (20), em 2006, e reforçados com as diretrizes de organização das Rede de Atenção à Saúde (21), em 2010, os conceitos de multidisciplinaridade e intersectorialidade foram integrados nas diretrizes do SUS e colocou a Atenção Primária à Saúde, de responsabilidade municipal, como a porta de entrada do SUS e o centro de comunicação entre os demais serviços de saúde (20, 21).

Pois, era necessário ter algum serviço que pudesse centralizar e se responsabilizar pelo cuidado contínuo, integral e multiprofissional do indivíduo, pelo compartilhamento de objetivos e pelo compromisso com os resultados sanitários e econômicos (20, 21) para que a articulação entre organizações e serviços de diferentes densidades tecnológicas para complementar o cuidado à saúde, e a

articulação ou fusão dos serviços de mesma natureza ou especialidade (21) garantisse a equidade territorial na distribuição dos recursos e na oferta dos serviços (8).

### **3.2 A Administração Pública no SUS**

A Política de Governança da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional considera governança pública como o “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (8, 22). Seus princípios são capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas, e responsabilidade e transparência (22). É uma política tecnocrata que determina os processos e os controles que a Administração Pública deverá seguir.

A Administração Pública atua de acordo com os princípios constitucionais de eficiência, legalidade, moralidade, impessoalidade e publicidade (4). A publicidade, neste caso, se faz disponibilizando e garantindo níveis adequados de informações sobre os serviços prestados pela instituição pública ao cidadão, incluindo financiamentos, relatórios de gestão, acesso e desempenho (21-24).

Em outras palavras, a Administração Pública deve colocar em prática as políticas públicas por meio do fornecimento de serviços ao cidadão e à sociedade. Estes serviços devem ter padrões de qualidade e de efetividade usando os recursos públicos disponíveis (23, 25) e seguindo os princípios legais e morais de aceitabilidade, cordialidade, presteza, confiabilidade e comodidade, sem fazer qualquer distinção entre as pessoas físicas (salvo os casos previstos em lei) e nem entre as jurídicas (23).

O modelo de excelência em administração ou gestão pública contemporânea preconizado pelo governo federal, até 2017, utilizava o ciclo PDCA (planejar/executar/verificar/agir, do inglês - *Plan/Do/Check/Act*) (23) e fundamentava-se no pensamento sistêmico.

O pensamento sistêmico permite ao gestor uma visão macro e geral do sistema, pois, possibilita sua capacidade para entender a organização do sistema como uma rede de informações e de serviços que possui relacionamento dinâmico e de aprendizado e que trabalha de forma integrada e complementar (7, 26).

Assim, ele consegue rever e consolidar suas estratégias para que elas tenham consistência entre seus objetivos, planos, processos, ações, metas e avaliação (7).

E, para que isso ocorra, a gestão pública deve ter líderes alinhados com os objetivos da instituição (onde ela quer chegar), orientados por processos (como as atividades são realizadas) e informações (dados disponíveis para avaliar a qualidade da realização da atividade) para gerar valores (qualidade dos serviços prestados) à instituição (7, 26) e, principalmente, líderes que compreendem as relações humanas.

As relações humanas são essenciais para o aprimoramento de uma instituição com ambiente saudável e na prestação de serviços, pois, os resultados de gestão somente são alcançados por meio de pessoas (21, 25). Portanto, é essencial que os servidores e funcionários participem da gestão, tenham comprometimento e cooperação entre as equipes de trabalho, incluindo o compartilhamento de experiências e de informações (7).

O compartilhamento e a cooperação técnica também devem ser incentivados e desenvolvidos com parcerias ou acordos interinstitucionais, pois, facilita a obtenção dos objetivos institucionais (7, 26, 27), em contrapartida, espera-se que todos cumpram suas responsabilidades e metas pactuadas (21).

Lembrando que os objetivos devem sempre estar em consonância com as ações da instituição e ambas focadas no cidadão e na sociedade, a fim de fornecer serviços alinhados com as expectativas do usuário (7, 26).

Para fornecer serviços adequados aos usuários, todas as instituições públicas devem seguir pelo menos três instrumentos constitucionais de gestão pública de planejamento, financiamento e prestação de contas para com a sociedade: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) (4).

O PPA é o instrumento de planejamento que deve ser elaborado no primeiro ano de cada governo e com duração de quatro anos a partir do segundo ano de mandato (27, 28), ou seja, um chefe de estado em seu primeiro ano de governo irá elaborar o seu PPA e honrar o último ano do PPA de seu antecessor, somente no seu segundo ano de mandato é que irá colocar em prática aquilo que foi planejado pela sua equipe de governo.

O PPA estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública de forma detalhada e organizada por programas e ações de governo com a

finalidade de gerar produtos (bens ou serviços) para serem entregues à população (27, 28).

A LDO é o instrumento de financiamento que estabelece as principais diretrizes e metas da administração pública a serem executadas no período de um ano de exercício do governo. Ela explica como será realizada a execução orçamentária das ações priorizadas no PPA e orienta a elaboração da LOA (4, 27, 28).

A LOA é um instrumento de prestação de contas que faz a previsão orçamentária de um governo, ou seja, ela estima a receita (o dinheiro que virá dos impostos públicos) e fixa as despesas necessárias para cumprir os objetivos pré-estabelecidos no PPA. A LOA é planejada para os quatro anos de mandato, mas, a sua elaboração e apresentação é anual (27, 28).

No SUS, existem ainda mais quatro ferramentas que devem ser compatibilizadas com as três primeiras: o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) (8, 28).

O PNS (quadriênio) e a PAS (anual) juntamente com o PPA são as base das atividades e programações de planejamento estratégico da gestão do SUS (6).

No caso do Ministério da Saúde, o PNS reflete as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com as características epidemiológicas e da organização de cada serviço, e em todos os níveis de governo, o PAS detalha as metas do PPA e do PNS a fim de operacionaliza-las no ano seguinte a sua elaboração e prevendo a alocação orçamentária para serem executadas no mesmo exercício fiscal (5, 6).

O RQPC (quadrimestral) e o RAG (anual) são instrumentos de monitoramento e avaliação da execução da PAS e de prestação de contas (8, 28). O RAG aponta eventuais ajustes que devem ser feitos no Plano de Saúde, pois, permite a avaliação da efetividade das ações em saúde que foram executadas e subsidia as atividades de controle e auditoria (5).

Todo esse processo de planejamento e orçamento do SUS é realizado de forma ascendente, do nível local até o federal, com integração e solidariedade, e articulados via Comissão Intergestores Bipartite e a Tripartite juntamente com outras instâncias de governo (6, 20).

Administrar adequadamente não é uma tarefa fácil e superar os desafios do SUS é mais difícil ainda, pois, desenvolver a qualificação dos cuidados e da gestão

em saúde para o cumprimento do Pacto da Saúde e de Gestão do SUS (20) e da Rede de Atenção à Saúde (21) requer decisões enérgicas, dos gestores, nos processos de implementação, organização e consolidação dos serviços de saúde.

Tais decisões precisam considerar aspectos técnicos, éticos, culturais, regionais, além do cumprimento do pacto político cooperativo entre as gestões que compõe o SUS, a fim de garantir recursos e investimentos necessários para a realização do PPA (20, 21).

### **3.3 A assistência farmacêutica no SUS**

A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações e serviços de natureza técnico-científico-operacional e de inovação tecnológica centradas no medicamento e utilizadas para apoiar as ações de saúde necessárias para prevenir doenças, e proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade (25, 28).

Ela possui caráter sistêmico e multidisciplinar que envolve pessoas com diferentes saberes, formações e qualificações, onde o farmacêutico é o profissional essencial para sua existência (25).

A AF, dentro dos princípios do SUS, da Política Nacional de Medicamentos (29) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (30) está focada em três grandes eixos estratégicos relacionados aos medicamentos:

i. Garantia da segurança, eficácia, efetividade e qualidade dos medicamentos, intimamente relacionadas com a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos farmacêuticos;

ii. Promoção do uso racional de medicamentos por meio da interação direta do farmacêutico com o usuário, a fim de realizar uma farmacoterapia racional, efetiva e segura, além de ações educacionais sobre medicamentos e saúde aos usuários e às equipes de saúde; e

iii. Garantia do acesso da população aos medicamentos essenciais por meio de uma gestão adequada do ciclo da AF (25, 29-31).

O ciclo da AF é composto pelos processos de:

i. Seleção de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos juntamente com a disponibilização de formulário terapêutico e de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

ii. Programação adequada para aquisição oportuna e em quantidades suficientes para seu consumo racional;

iii. Armazenamento de produtos e insumos em local projetado e organizado, de acordo com a legislação vigente;

iv. Distribuição de produtos e insumos em embalagens adequadas e transportados de forma correta, de acordo com a legislação vigente, a fim de garantir sua integridade e qualidade (18, 25, 31); e

v. Utilização de medicamentos. Este último, engloba as ações de prescrição, dispensação e uso de medicamentos, com acompanhamento, monitoramento, e avaliação de todas as etapas para garantir a qualidade dos produtos e dos serviços (18, 25). Seu objetivo é obter resultados concretos e a melhoria na qualidade de vida do indivíduo e da comunidade (30).

A AF é, também, uma das áreas da saúde que aloca grandes volumes de recursos públicos, nos três níveis de governo (25), pois, a demanda por medicamentos é crescente devido ao aumento da expectativa de vida e o surgimento incessante de novas tecnologias em saúde (14).

O seu financiamento é de extrema importância e está sob a responsabilidade das três esferas de governo, de acordo com as características de cada componente da AF: básico, estratégico e especializado (28).

As verbas federais são provenientes do Fundo Nacional de Saúde e, a partir de 2017, o repasse de verbas se faz por meio de dois blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde alinhado com o que foi estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde (32).

Mesmo tendo melhorado, a AF ainda é subfinanciada e o aumento dos litígios em saúde colaboram para diminuir a eficiência do setor (18). Pois, as demandas judiciais requerem aquisições pontuais para atender o demandante e, conseqüentemente, o gestor acaba utilizando modalidades de aquisição de produtos menos favoráveis à economicidade da gestão pública, ou seja, compram os produtos que foram judicializados sem licitação pública (18).

Dessa forma, os recursos financeiros que deveriam ser aplicados de acordo com o plano de saúde, muitas vezes são direcionados, bloqueados ou sequestrados para atender processos judiciais e, conseqüentemente, desorganizam a gestão (17).

Pois bem, além dos aspectos operacionais, a AF atua tecnicamente junto às equipes multiprofissionais.

A inclusão da Assistência Farmacêutica, na Lei Orgânica da Saúde, fazendo parte da integralidade das ações e dos serviços de saúde demonstra a importância que essa atividade representa no SUS, pois, considera que grande parte dos cuidados de saúde envolve o uso de medicamentos e insumos farmacêuticos e o seu acesso é fator determinante para a obtenção de melhores resultados na saúde do usuário (31).

Na prática, a inserção da AF dentro desta rede de atenção somente começou a existir, a partir de 2004, com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (30), os Pactos pela saúde (20) e a forma de financiamento da AF (33), pois, até então, a AF era um serviço de segundo plano, fragmentado, carente em recursos humanos qualificados e de infraestrutura adequada e de baixa qualidade (31, 34).

Nesse aspecto, eram corriqueiros a dispensação incorreta de medicamentos, falta de orientação ao usuário sobre o uso correto do medicamento, perdas de medicamentos por armazenamento inadequado ou validade expirada, falta de medicamentos, entre outros (31).

Aliás, o surgimento da Rede de Atenção à Saúde também ajudou o farmacêutico a se integrar dentro da equipe de saúde, pois, todas as ações e serviços da AF são interdependentes e articuladas dentro da equipe de saúde e da Rede de Atenção à Saúde (21). Além disso, elas fazem parte das ações de saúde do município, do Estado e da União para atender o usuário de forma integral.

Nesse contexto, o papel do farmacêutico, como membro da equipe multiprofissional, é identificar barreiras e facilitadores na gestão, hierarquizar e estabelecer prioridades, definir e implementar estratégias e intervenções e avaliar todo o processo (31, 35) para melhor gerenciar os serviços.

O atendimento adequado ao usuário requer conhecimento em gestão de serviços, pois, as ações mal planejadas levam a falhas na execução, comprometem objetivos e resultados e desperdiçam tempo, recursos humanos e recursos públicos já escassos, conseqüentemente, gera insatisfação do usuário apesar dos esforços despendidos (25, 36).

Embora em menor volume, o gerenciamento mal planejado ainda existe, pois, de acordo com o relatório da ouvidoria do SUS, em 2018, 69,7% das 58.896 manifestações, referiam-se aos problemas enfrentados pelos usuários com a gestão,

a assistência à saúde e a farmacêutica e o acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde (8).

Isso não quer dizer que não há investimentos em qualificação nem no financiamento da AF, mas que há um longo caminho a ser trilhado para se chegar à excelência.

### **3.4 A judicialização da saúde e a da assistência farmacêutica no Brasil**

A judicialização da saúde é um fenômeno muito comum e peculiar em vários países da América Latina e do Caribe (17, 37).

No Brasil, ela teve início logo após a promulgação da constituição federal de 1988, com o ativismo das pessoas que convivem com o vírus HIV que pleiteavam tratamento medicamentoso (17).

Em meados dos anos 90, os primeiros medicamentos para tratar essa infecção foram incorporados ao SUS. Com o passar do tempo e devido a constante ampliação no acesso e da incorporação de vários antirretrovirais no SUS, o Brasil tem atualmente 345 mil pessoas (93%) vivendo com HIV/AIDS com carga viral suprimida (8) e a judicialização da saúde por tratamento para o HIV praticamente deixou de existir, porém, outros tipos de demandas surgiram.

A partir dos anos 2000, com o aparecimento de medicamentos para tratar câncer, artrite reumatoide, *Alzheimer* e diabetes e a necessidade de outras tecnologias em saúde (17), a judicialização da saúde teve ascensão rápida e cada vez mais onerosa.

Mesmo com os avanços tecnológicos e a reorganização institucional, principalmente no âmbito da assistência farmacêutica para ampliar o acesso aos medicamentos no SUS, ainda se observa aumento nas demandas judiciais por tecnologias de saúde em todo o país e afetando as três esferas de governo (18).

Estas demandas abrangem desde o fornecimento de medicamentos existentes e os não incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), aqueles cuja indicação solicitada não estão previstas em bula, os experimentais e os sem registro no país (25).

Vários fatores colaboram para sua ocorrência, tais como: falta de recursos humanos materiais ou financeiros disponíveis (12) e desorganização dos serviços que prestam cuidados à saúde (17), falta de acesso a medicamentos na rede pública,

aumento no acesso aos serviços dos defensores e dos promotores públicos, conscientização do cidadão sobre seus direitos, o subfinanciamento do sistema de saúde e a pressão pela incorporação de inovações tecnológicas em saúde (13, 18).

A judicialização da saúde, quando as causas são evitáveis, tem impactos negativos nas instituições públicas de saúde e do jurídico, pois, sobrecarrega a prestação de serviços e dos profissionais envolvidos, os custos com os processos judiciais, os gastos com tecnologias em saúde que deveriam estar disponíveis ao cidadão ou que poderiam ter sido intercambiadas por aquelas existentes na rede pública que são tão ou mais efetivas do que as que foram judicializadas e, também, gera multas, sequestros de verbas e prisões de gestores devido ao não cumprimento das resoluções judiciais (13, 17, 38, 39).

Isso tudo faz com que os fluxos no atendimento ao público das instituições públicas, sejam reorientados dando prioridade às demandas judiciais, e conseqüentemente, inviabiliza a racionalidade sistêmica no acesso aos cuidados de saúde (13, 17).

Para que isso não ocorra, a existência de sistemas de informações completas e sistematizadas sobre as ações judiciais e de mecanismos eficazes que fornecem evidências e diagnósticos que conseguem identificar falhas na gestão, desperdícios de recursos públicos, prescrições inadequadas e eventuais indícios de fraude, são imprescindíveis para criar ou adaptar estratégias e apoiar a tomada de decisões pelo gestor público (17).

### **3.5 Os atores envolvidos na judicialização da saúde pública**

A judicialização da saúde envolve diversas instituições públicas que atuam tanto na parte ativa de um processo judicial, isto é, quem provoca a demanda e/ou a ação judicial, quanto na passiva, quem é provocado e/ou o réu. Mas, todas, enquanto Administração Pública, estão preocupadas em garantir os direitos dos cidadãos (40-42).

Algumas definições e esclarecimentos se fazem necessários para aqueles que desconhecem a área jurídica e/ou a área da saúde, a fim de facilitar a compreensão desse fenômeno dentro da Administração Pública.

### 3.5.1 A área jurídica

A área jurídica brasileira, organizada de acordo com a Constituição Federal de 1988, é composta pelo Poder Judiciário e pelas Funções Essenciais à Justiça (4).

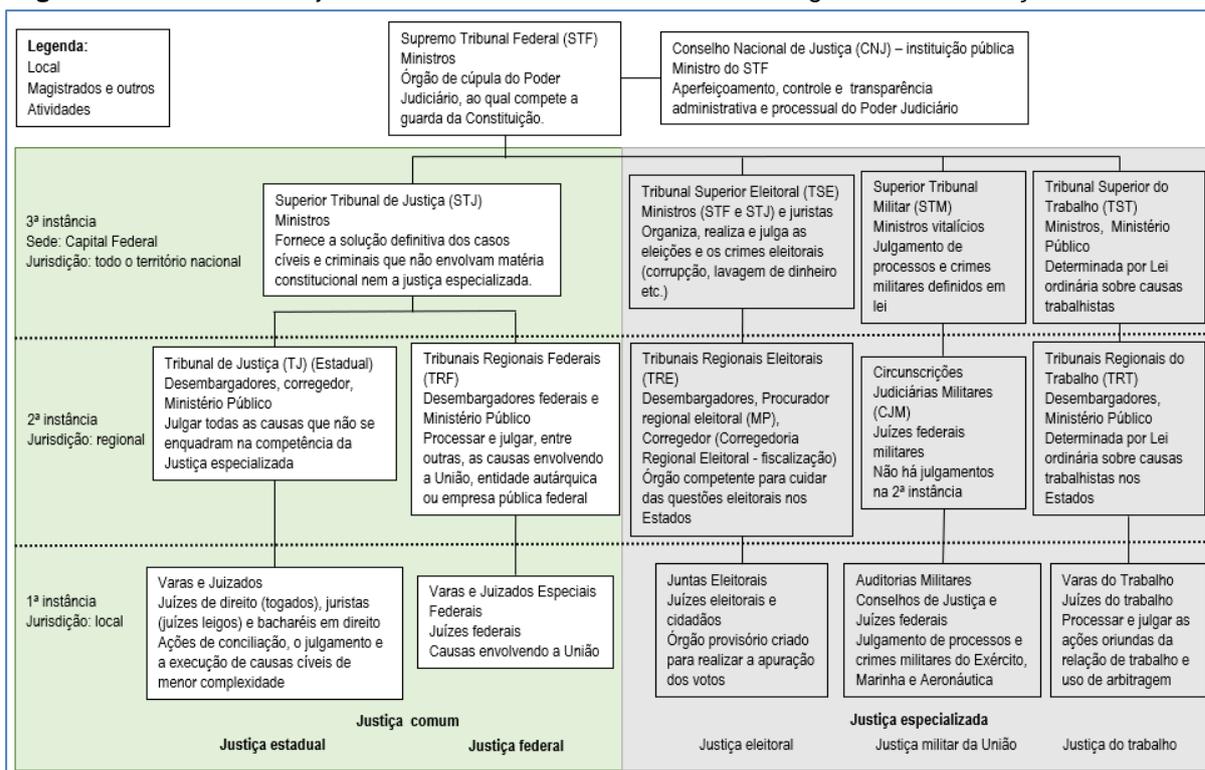
Para fins didáticos, as explicações a seguir, irão focar somente na justiça comum que é composta pelos tribunais de justiça estaduais e federais e porta de entrada dos litígios em saúde.

#### 3.5.1.1 O Poder Judiciário

O Poder Judiciário, de forma bem simplificada, é composto pelos magistrados que são os juízes de carreira, ou seja, aqueles que passaram por um concurso público, pelos servidores da área judiciária e da área administrativa, tais como, assistentes administrativos, escreventes, oficiais de justiça, psicólogos judiciais e assistentes sociais que também são concursados e pelos auxiliares que são os profissionais terceirizados, estagiários, voluntários, trabalhadores de serventia privatizadas, conciliadores e juízes leigos ou juristas, este último são advogados com mais de cinco anos de experiência que foram recrutados para exercerem a função de auxiliares da Justiça sendo impedidos de exercerem a advocacia perante os juizados enquanto permanecerem na função (43, 44). E, os órgãos da Justiça são compostos pelos tribunais e pelos juízes (4).

A magistratura, como autoridade judiciária brasileira processa e julga as ações onde o fato ou o ato praticado que ocorreu ou que deve ser cumprido no Brasil (45), atua da seguinte forma: 1º escalão há o colegiado de Ministros do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores (3ª instância ou grau de jurisdição) atuam tanto em causas de competência originária quanto como revisores de decisões de 1º ou 2º graus; 2º escalão é formado pelos desembargadores que atuam nos tribunais regionais federais e os tribunais de justiça estaduais ou, somente, Tribunais de Justiça (2ª instância ou grau de jurisdição) julgando os recursos interpostos contra as sentenças proferidas em 1ª instância e, 3º escalão composto, principalmente, por juízes em início de carreira, os juízes de direito (ou togado) e os federais que compõem as varas, fóruns, turmas recursais e juizados estaduais ou federais (1ª instância ou grau de jurisdição) julgam somente as matérias que não são de competência da justiça especializada (4, 44), **Figura 1**.

**Figura 1** – As demandas judiciais e o Poder Judiciário brasileiro segundo a Constituição de 1988.



Fonte: Elaboração própria.

Notas: As caixas de texto em branco correspondem aos atores envolvidos com a judicialização da saúde.

O Tribunal de Justiça do 1º grau possui 10.035 unidades judiciárias e representa 65,2% de todo o Poder Judiciário em 1ª instância e engloba a maior parte dos casos que chegam ao Judiciário. É responsável pelas áreas cível e criminal e julga as questões mais comuns e variadas, incluindo as que envolvem tecnologias em saúde (46). Os juristas e os bacharéis em direito alocados nestes tribunais, além de auxiliarem o juiz de direito, podem atuar como conciliadores e os primeiros, também, podem resolver conflitos usando uma solução arbitral (juízo arbitral ou arbitragem)(43).

Na 1ª instância, também existem os juizados especiais com competência para a conciliação, o processamento, o julgamento e a execução das causas cíveis cujo valor não exceda a quarenta vezes o salário mínimo e com menor complexidade; das infrações penais menos graves e dos crimes com pena máxima de dois anos definidos por lei. Os recursos apresentados contra as decisões desses juizados são julgados pelas turmas recursais (46).

A Justiça Federal possui 988 (6,4%) das unidades judiciárias do Poder Judiciário de 1º grau e “tem a competência de julgar, especificamente, as causas em

que a União, as autarquias ou instituições públicas federais sejam interessadas na condição de autoras, réis, assistentes ou oponentes; os crimes políticos ou aqueles praticados contra bens, serviços ou interesses da União; os crimes contra a organização do trabalho e as causas relativas a graves violações de direitos humanos quando o Procurador-Geral da República suscitar ao Superior Tribunal de Justiça incidente de deslocamento de competência”(46). Os recursos contra as sentenças de 1º grau são encaminhados para serem julgados no Tribunal Regional Federal.

O Superior Tribunal de Justiça tem como função primordial, a uniformização e a padronização da interpretação da legislação federal brasileira, exceto as questões de competência das justiças especializadas (46).

Ele julga todas as causas relacionadas indiretamente com a Constituição Federal, ou seja, as causas infraconstitucionais, provenientes da justiça comum. Também julga, em recurso especial, as causas recorridas que foram decididas de forma contrária às leis federais provenientes dos Tribunais Regionais Federais, pelos Tribunais de Justiça ou pelos Tribunais de Justiça Militar dos Estados quando em última ou em única instância (46).

O Supremo Tribunal Federal julga as ações de constitucionalidade ou inconstitucionalidade de leis federais ou estaduais e, em recurso extraordinário, as causas decididas em 1ª ou última instância, quando a decisão recorrida contrariar a Constituição (47). Estas decisões produzem eficácia contra todos e possui efeito vinculante, ou seja, possui efeito com validade de aplicação a todos os casos sobre o mesmo tema, em relação aos demais órgãos do Poder Judiciário e à Administração Pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal (4, 47).

### 3.5.1.2 O Conselho Nacional de Justiça

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é uma instituição pública responsável pelo controle interno do Poder Judiciário. Possui as funções administrativas de fiscalização financeira e administrativa, com exceção do Supremo Tribunal Federal, e atua zelando pela transparência e o controle da política judiciária, na moralidade e na gestão e eficiência da prestação de serviços ao cidadão e dos serviços judiciais (48). Também atua no desenvolvimento e na coordenação de programas nacionais voltados aos direitos humanos, ao meio ambiente, à gestão institucional e à tecnologia (48).

### 3.5.1.3 As Funções Essenciais à Justiça

As funções essenciais à justiça são exercidas por três instituições públicas jurídicas, o Ministério Público (MP), a Defensoria Pública (DP) e a Advocacia Pública, que atuam com autonomia e independência funcional, administrativa e financeira, mas com atribuições distintas. O Ministério Público e a Defensoria Pública atuam na proteção dos direitos e interesses sociais coletivos e individuais e a Advocacia Pública atua na orientação e assessoria das instituições públicas, **Quadro 1**.

**Quadro 1** Descrição sintetizada das características das instituições que exercem as funções essenciais à justiça.

<b>Esfera do governo</b>	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
<b>Instituição pública</b>	<b>Ministério Público da União</b>	<b>Ministério Público do Estado</b>	
Cargo Máximo (representação)	Procurador-Geral da República (Ministério Público da União e Ministério Público Federal)	Procurador-Geral de Justiça (Ministério Público Estadual)	
Cargo (atuação na 2ª instância)	Procurador da República (Tribunal Regional Federal)	Procuradores de Justiça (Tribunal de Justiça)	
Cargo (atuação na 1ª instância)	Promotores Públicos (Varas e Juizados especiais federais)	Promotores de Justiça (Varas e Juizados Estaduais)	
Atribuições	Atua como o fiscal da lei e o defensor do povo, pois, fiscaliza todas as instituições públicas de administração direta e indireta para que estas cumpram as leis que defendem o patrimônio nacional e os interesses sociais e individuais. Expede recomendações e termos de ajustamento de conduta para melhorar o serviço público. Promove, privativamente, ação penal pública a partir de uma solicitação por um grupo social ou pela detecção de irregularidades no serviço público.		
<b>Instituição pública</b>	<b>Defensoria Pública da União</b>	<b>Defensoria Pública do Estado</b>	
Cargo Máximo Administrativo	Defensor Público-Geral Federal (DPGF) é a autoridade máxima	Defensor Público-Geral do Estado	
Cargo Executivo	Defensor Público Federal	Defensor Público Estadual	
Atribuições	Atende integral e gratuitamente o cidadão que não possui meios para contratar um serviço de assistência jurídica (aqueles legalmente necessitados). Fornece assessoria e orientação jurídica e defende os direitos difusos (acesso à saúde, educação, habitação, segurança pública etc.) e coletivos do indivíduo, por meio de uma ação civil pública ou de forma extrajudicial.		
<b>Instituição pública</b>	<b>Advocacia Geral da União</b>	<b>Procuradoria Geral do Estado</b>	<b>Procuradoria Geral do Município</b>
Cargo Máximo Administrativo - representação do chefe de estado enquanto ente do governo	Advogado-Geral da União (Supremo Tribunal Federal)	Procurador-Geral do Estado	Procurador-Geral do Município
Cargo Executivo - representação dos órgãos públicos, autarquias e fundações (representação na 3ª instância)	Procurador-Geral da União (Superior Tribunal de Justiça)	Procurador do Estado (nas três instâncias)	Procurador do Município e procuradores das autarquias (nas três instâncias)

*continua*

**Quadro 1** Descrição sintetizada das características das instituições que exercem as funções essenciais à justiça.

*continuação*

Esfera do governo	União	Estado	Município
<i>Instituição pública</i>	<i>Advocacia Geral da União</i>	<i>Procuradoria Geral do Estado</i>	<i>Procuradoria Geral do Município</i>
Cargo Executivo (representação na 2ª instância)	Procurador Federal Regional (Tribunal Regional Federal)	Procurador do Estado (nas três instâncias)	Procurador do Município e procuradores das autarquias (nas três instâncias)
Cargo Executivo (representação na 1ª instância)	Procurador Federal (Varas e Juizados especiais federais)		
Atribuições	Representa judicial e extrajudicialmente, ativa e passivamente, as três esferas de governo (Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e órgãos públicos que exercem Função Essencial à Justiça). Exercem, privativamente, a consultoria e a assessoria jurídica às instituições públicas no âmbito de sua atuação.		

Fonte: Elaboração própria

Notas: Deve-se ficar atento às denominações de cargos, pois, o Procurador-Geral da República que pertence ao Ministério Público (promoção da ação penal), pode ser facilmente confundido com o Procurador-Geral da União ou o Procurador-Geral Federal que pertencem à Advocacia Geral da União (AGU) (defesa da instituição). Anteriormente, o Ministério Público se encarregava tanto da ação penal quanto da defesa do Estado, com a criação da AGU isso foi desmembrado, mas a denominação do cargo (procurador) não foi alterada.

O **Ministério Público** (MP) possui duas carreiras distintas. Na primeira, os membros pertencem ao Ministério Público da União (Ministério Público Federal, do Trabalho, Militar e do Distrito Federal), é chefiado pelo Procurador-Geral da República e atuam somente junto à justiça federal (4). Na segunda, os membros pertencem aos Ministérios Públicos dos Estados, são chefiados pelos Procuradores-Gerais de Justiça, atuam junto à justiça estadual e em causas envolvendo tanto o governo estadual quanto dos municípios (44), **Quadro 1**.

Os membros do MP que atuam como executores são chamados de Procuradores quando atuam na segunda instância e de Promotores, quando em início de carreira. Os promotores são os responsáveis em iniciar a ação penal pública na primeira instância (4, 44) para defender o interesse público ou social, como: o patrimônio público e o histórico-cultural brasileiro, o meio-ambiente, o direito econômico, os direitos dos consumidores e, o interesse dos vulneráveis e incapazes, como por exemplo, crianças, idosos e minorias (44, 45).

Além disso, eles promovem medidas necessárias para garantir os direitos constitucionais a fim de serem cumpridas pelos três poderes e pelos serviços públicos por meio da realização de inquérito civil e de ação penal ou da proposição de ações judiciais (4, 45, 49) ou por meios extrajudiciais, como, uso do termo de ajustamento de conduta, recomendações e audiências públicas (50) e da fiscalização da aplicação das leis (45).

Na área da saúde, o MP como não deixaria de ser, é a parte ativa nos processos judiciais de vários tribunais. Entre os anos de 2008 a 2017, a judicialização da saúde teve a atuação do MP em 14,96% das ações no Tribunal de Justiça (TJ) do Tocantins; 11,69% no TJ de Mato Grosso do Sul; 10,15% no TJ de Santa Catarina; 7,33% no TJ do Espírito Santo e 3,72% no TJ de Pernambuco (51).

A **Defensoria Pública** (DP) é composta pelas Defensoria Pública da União e pelas Defensorias Públicas do Distrito Federal e dos Estados. Seus defensores possuem carreiras distintas, são impedidos de exercerem a advocacia fora das atribuições institucionais, mas, possuem a garantia da inamovibilidade, ou seja, de não serem removidos sem seu consentimento (52), **Quadro 1**.

Defendem judicial e extrajudicialmente os direitos individuais e coletivos dos hipossuficientes, ou seja, daqueles que não conseguem pagar um advogado, de forma gratuita e integral, incluindo o fornecimento de orientações jurídicas e a promoção dos direitos humanos (4, 45). Por outro lado, ele também atua na defesa do réu quando este não possui um advogado para defendê-lo, independentemente da sua condição financeira (45).

A atuação da DP na judicialização da saúde aparece fortemente nos Estados de Alagoas e do Espírito Santo, respectivamente com 17,68% e 50,86% dos processos judiciais no 1º grau envolvendo a saúde, entre os anos de 2008 a 2017 (51).

A **Advocacia Pública** é o órgão que representa judicial e extrajudicialmente, ativa e passivamente, as pessoas jurídicas de instituições públicas pertencentes à administração direta e indireta (fundações e autarquias) da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, para fins de defesa e de promoção dos interesses dessas instituições (53, 54).

Isto quer dizer que um servidor será assistido por um Procurador-Geral, somente se ele estiver representando a instituição pública a qual faz parte, mas, nunca para suas demandas pessoais enquanto cidadão.

Ela é responsável privativamente pelas atividades de consultoria e assessoramento jurídicos do três poderes e das funções essenciais à justiça (53).

Ela é composta pela Advocacia-Geral da União (AGU) que possui como chefe, o Advogado-Geral da União, pela Procuradoria-Geral Federal que é um órgão vinculado à AGU e responsável pela representação das autarquias e fundações públicas federais e chefiada pelo Procurador-Geral Federal, e pelas Procuradoria-

Geral dos Estados e do Distrito Federal os quais são chefiados pelos procuradores do Estado e do Distrito Federal, respectivamente, e com carreiras distintas dos procuradores-gerais federais (4, 45), **Quadro 1**.

### 3.5.2 O Poder Executivo

O Poder Executivo é o responsável pela prestação de serviços públicos à sociedade e seu representante máximo é o Presidente da República (4).

A prestação de serviços públicos ocorre nos três níveis de governo: União ou federal, estadual e municipal, e de forma autônoma. Ela se faz por meio de órgãos da Administração Pública direta como os ministérios, secretarias e departamentos do governo e da Administração Pública indireta que compreende as fundações, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista mantidas pelo poder público (4).

A Administração Pública na área da saúde está inter-relacionada com a estrutura do SUS e é composta pelo Ministério da Saúde (nível federal) e suas secretarias e departamentos. No nível estadual existem as secretarias de saúde e no municipal, as secretarias ou departamentos de saúde (5).

#### 3.5.2.1 O Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde (MS) é o gestor do SUS responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas de saúde nacionais voltadas para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde e da assistência à saúde dos brasileiros (55).

Para isso, ele articula suas ações com os órgãos envolvidos (4, 20) e se compromete a fornecer meios e condições técnicas, administrativas e financiamento adequado, principalmente, aos Estados e municípios para que estes possam realizar as ações pactuadas (5). Historicamente, o MS aplica na saúde pública, metade de todos os recursos gastos em saúde no Brasil, e os Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. (5).

O MS é constituído por secretarias e departamentos, pertencentes aos órgãos de assistência direta e imediata e pelos órgãos específicos singulares, por entidades vinculadas à administração indireta e é assessorado pelos órgãos colegiados (5).

Sua função é administrativa, ou seja, atua na formulação, normatização, fiscalização, monitoramento e na avaliação das políticas e ações implementadas no SUS em articulação com o Conselho Nacional de Saúde (5).

A **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos** do Ministério da Saúde (SCTIE) é a responsável pela formulação e implementação de políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde e de assistência farmacêutica e pelo fomento à pesquisa, desenvolvimento e inovação na área de saúde. Ela possui dois departamentos muito envolvidos com a judicialização da saúde (5).

**O Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS)** exerce a função de secretaria-executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Assim como o Departamento de Assistência Farmacêutica, também fornece subsídios ao SCTIE nos assuntos que envolvem a incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde pelo SUS, e o estabelecimento ou a alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (55, 56).

**O Departamento de Assistência Farmacêutica** é responsável pela gestão das políticas nacionais de saúde que envolvem a AF e o medicamento e pela implementação de ações como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o Sistema Hórus (sistema de controle logístico e de informações de saúde da AF) e o Programa Farmácia Popular (55).

Também tem a função de fornecer subsídios ao SCTIE para a formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos da AF, considerados necessários para serem implementados dentro da Política Nacional de Saúde (55).

O Departamento de Assistência Farmacêutica abrange uma das áreas mais sensíveis à judicialização da saúde que é o acesso aos medicamentos e insumos farmacêuticos.

Embora, os dados mostrem um decréscimo na quantidade de novas ações judiciais solicitando medicamentos, de 2639 ações em 2016 para 1240 em 2018, no MS, os gastos com a judicialização da AF aumentaram de R\$ 1,25 bilhões para R\$ 1,31 bilhões, respectivamente. Das novas ações solicitando medicamentos, em 2018, os dez mais caros são produtos importados e considerados novos tratamentos biológicos para doenças raras e para o câncer e representam 92,4% (R\$ 1.211.547.650,00) do total de gastos com medicamentos e insumos raros por determinação judicial (8).

A título de comparação, o MS gastou R\$ 12,1 bilhões, nos processos públicos de aquisição de insumos estratégicos para a saúde que inclui o medicamento, nesse mesmo período (8), ou seja, somente a judicialização da assistência farmacêutica gastou o que corresponde a cerca de 10% de toda compra de insumos estratégicos para abastecer todo o Brasil.

### 3.5.2.2 Principais instâncias externas de apoio à governança do SUS

As principais instâncias externas de apoio ao MS enquanto gestor do SUS correspondem aos conselhos e comissões que representam Estados e municípios no processo de articulação entre os gestores.

As entidades Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) representam, respectivamente, os Estados e o Distrito Federal, e os municípios junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (5).

A CIT é um dos órgãos colegiados de negociação e pactuação, entre os gestores das três instâncias de governo, sobre aspectos operacionais e financeiros das políticas de saúde do SUS, além de ser um espaço para a elaboração de propostas de ações para serem implementadas e executadas no SUS (5, 20).

### 3.5.2.3 As secretarias de saúde dos Estados e dos municípios

Tanto os Estados quanto os municípios possuem secretarias de saúde que são subordinadas organizacionalmente ao governador ou ao prefeito, e chefiadas pelo secretário de saúde. Eles são responsáveis pela coordenação, planejamento, organização, execução e avaliação da prestação de serviços de saúde em seu território, respeitando as políticas nacionais de saúde. Além disso, podem formular e aplicar suas políticas e programas de saúde, e aprovam e implementam os seus planos de saúde, de forma articulada com seus respectivos conselhos de saúde e no caso do município, com a esfera estadual e o Estado com a Comissão Intergestores Bipartite (5).

O gestor estadual financia, com recursos próprios e com repasses de verbas da União, as ações e serviços em saúde dentro do Estado e para seus municípios, sempre respeitando a normatização federal (5).

O gestor municipal além das verbas repassadas pela União e pelo Estado, ele aplica recursos próprios na área da saúde.

Sua prioridade é a Atenção Primária à Saúde que ganhou relevância dentre os princípios organizacionais do SUS devido a implementação da Rede de Atenção à Saúde (8, 21). Esta Rede, além da atenção básica, compreende a Atenção Especializada de média complexidade ou secundária e a de Alta complexidade ou terciária (8, 21).

Devido os níveis de complexidade existentes nos serviços de saúde, o gestor pode estabelecer convênios, parcerias ou cooperativas intermunicipais para garantir o atendimento integral da sua população (5, 21).

Os dados da auditoria realizada, em 2015, pelo Tribunal de Contas da União (TCU) a seguir, mostram como a judicialização afeta os governos estaduais e municipais no Brasil.

O TCU identificou que a judicialização da saúde tem impacto mais intenso sobre os Estados do que na União, pois soma dos gastos dos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Santa Catarina com tecnologias de saúde foi mais de R\$ 734 milhões em 2013 e a União gastou em torno de R\$ 435 milhões. No ano de 2014, estes gastos subiram para mais de R\$ 772 milhões enquanto a União gastou quase R\$ 700 milhões (17).

A judicialização da AF é a maior parte dos gastos contabilizados pelos Estados e os medicamentos não incluídos no SUS possuem participação importante nestes gastos (17). Há maior concentração no número de processos individuais relativos à saúde pública na justiça estadual com forte atuação da advocacia privada e da Defensoria Pública (17).

Os bloqueios e sequestros judiciais impactam na organização financeira dos serviços públicos estaduais por inviabilizarem o manejo dos recursos públicos bloqueados para as ações planejadas na programação anual de saúde, mas não foi possível identificar se o mesmo acontece com os municípios, devido à falta de dados sistematizados sobre essa informação ou devido inconsistência nos relatórios fornecidos (17).

Com relação aos municípios, foi observado que os gastos com a judicialização da saúde cresceram em 2014 quando comparados com 2013 e que existe predominância nos gastos com medicamentos em município como São José do Rio Preto/SP (65% do total de registros de processos judiciais com a saúde) e, em

municípios como Divinópolis/MG e Cuiabá/MT, alimentos, fraldas e outros itens são mais relevantes (17).

Um recente estudo encomendado pelo Conselho Nacional de Justiça mostra que, entre 2008 a 2018, de todos os processos de 1ª e 2ª instâncias envolvendo a saúde, o município é o réu em 4,64% dos processos judiciais e o Estado, em 4,43% (51). Alguns Estados e municípios possuem dados alarmantes de litígios em saúde, como o Estado de Alagoas onde 36,06% das ações judiciais em saúde, são contra o Estado e 41,05% os municípios configuram-se como parte passiva; no Estado do Mato Grosso do Sul, 15,72% e 41,71% das ações em saúde Estado e municípios são a parte passiva, respectivamente; no Rio Grande do Norte, são 7,94% e 26,99% das ações são contra Estado e município; e em Santa Catarina, há 15,45% das ações contra municípios e em 35,95% o Estado é a parte passiva (51).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Geral

Analisar as estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde.

### 4.2 Específicos

1. Mapear, caracterizar e categorizar as estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde.
2. Analisar se as estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* para abordar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe foram implementadas no contexto brasileiro.
3. Analisar se as estratégias propostas por Vieira *et al.* para abordar a judicialização da assistência farmacêutica no Brasil foram implementadas entre os anos subsequentes.
4. Analisar a efetividade das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo 1 - Mapeamento e caracterização das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo

Foi inserida nesta tese a versão em língua portuguesa do artigo “*Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review*” a fim de facilitar a leitura e a divulgação dos achados.

Ele foi formatado de acordo com as normas da revista publicada pela *Public Library of Science (PLOS) Journals*.

**Revista:** *PLoS ONE*

**Versão online:** 1932-6203

**Fator de impacto calculado pelo *Journal Citation Reports* (2018):** 2,776.

**Classificação Webqualis/Capes quadriênio 2013-2016:** A2

**Área:** Farmácia

**Nota:** Páginas eletrônicas acessadas em 16/02/2020.

Maiores informações sobre a submissão do artigo, encontram-se, **Anexo B**.

## **Mapeamento e caracterização das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo**

Sueli Miyuki Yamauti<sup>1¶</sup>, Jorge Otávio Maia Barreto<sup>2&</sup>, Silvio Barberato-Filho<sup>1&</sup>, Luciane Cruz Lopes<sup>1¶\*</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil

\* Correspondência:

E-mail: luciane.lopes@prof.uniso.br

¶ Estes autores contribuíram igualmente para este estudo.

& Estes autores também contribuíram igualmente para este estudo.

## Resumo

**Introdução:** No Brasil, os vínculos entre direito e saúde pública têm se intensificado nas últimas décadas, com a consolidação da jurisprudência e das intervenções do Poder Judiciário na gestão da saúde, gerando pressões sobre os recursos dos serviços, tanto na área da saúde como no sistema jurídico. É possível que ambos setores tenham desenvolvido estratégias para abordar esse fenômeno. **Objetivo:** Mapear e caracterizar as estratégias institucionais implementadas no setor público para abordar a judicialização da saúde no Brasil. **Métodos:** Esta revisão de escopo seguiu a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, incluiu qualquer documento que relatasse alguma estratégia implementada no setor público para abordar a judicialização da saúde e excluiu aqueles que apenas reportavam as características das ações judiciais. Uma síntese das melhores evidências disponíveis foi realizada com base em uma busca sistemática da literatura, sem restrição de idioma, *status* de publicação ou desenho do estudo, entre bases de dados desde seu começo até março de 2019. As buscas foram realizadas em 18 bases de dados eletrônicas, complementadas por documentos da literatura cinzenta e por informações das páginas eletrônicas das instituições envolvidas com o tema. Dois revisores avaliaram, independentemente, a elegibilidade dos estudos e extraíram os dados: descrição, contexto, setor, formas de financiamento e recursos humanos envolvidos na implementação. **Resultados:** Dos 2.437 documentos encontrados, 101 atenderam aos critérios de elegibilidade e 93 (92,1%) eram provenientes de literatura cinzenta. Identificaram-se 78 estratégias implementadas, das quais 72 (92,3%) o foram a partir de 2007, 37 (47,4%) pertenciam à região sudeste, 61 (78,2%) em nível estadual, 59 (75,6%) estavam em atividade (março/2019) e 48 (61,5%) envolviam sistemas informatizados. Somente duas estratégias relataram investimentos para a sua implementação, 73 (93,6%) utilizaram os recursos humanos e a infraestrutura existentes, e 56 (71,8%) instituições celebraram acordos interinstitucionais. **Conclusões:** As estratégias ocorrem, de modo geral, quando as instituições conseguem utilizar os recursos humanos e/ou a infraestrutura existentes, possuem sistema informatizado para o controle de dados, formam equipes multiprofissionais e celebram acordos interinstitucionais. Esta síntese, sumariza, pela primeira vez, as estratégias utilizadas por ambos setores (saúde e jurídico) para abordar a judicialização e pode servir como referencial aos gestores na tomada de decisão de implantar ou adaptar as estratégias em outros contextos.

**Descritores:** Legislação e jurisprudência. Judicialização da saúde. Organização e administração. Assistência à saúde. Sistema de justiça. Saúde pública. Sistema de saúde. Brasil.

## Introdução

O fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas e o modo de agir dos cidadãos [1] para que seus direitos de cidadania, amplamente afirmados em leis nacionais e internacionais, sejam garantidos e promovidos pelas instituições [2].

Tal fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além do seu componente legal e da gestão dos serviços públicos [2,3].

No Brasil, as relações entre direito e saúde pública têm se intensificado nas últimas décadas, com a consolidação da jurisprudência e as intervenções do Poder Judiciário na gestão da saúde [4].

Os estudos sobre judicialização da saúde enfatizam mais fortemente os efeitos negativos desse tipo de demanda na governança e na gestão de políticas e ações em saúde. Uma das principais justificativas é que esse tipo de intervenção no sistema público de saúde brasileiro aprofundaria as desigualdades no acesso à saúde [5], privilegiando determinados segmentos e indivíduos com maior poder de reivindicação em detrimento de outros, e as necessidades individuais ou grupos específicos no lugar do coletivo [6-9].

Outros estudos apontam, com maior ênfase, as deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema jurídico brasileiro para responder satisfatoriamente às novas e crescentes demandas em saúde, dentro de um contexto normativo que atribui amplas obrigações legais ao Estado [10-14].

Dessa forma, a judicialização pressiona e aumenta a demanda por serviços, tanto na área da saúde quanto no jurídico, gerando a necessidade de reorganização institucional para o gerenciamento dos litígios em saúde [15].

Isso significa que, especialmente na Administração Pública, as instituições precisam elaborar algum tipo de estratégia para abordar a judicialização da saúde, a fim de atender tais demandas.

Esta revisão de escopo pretende mapear e caracterizar as estratégias implementadas em instituições públicas, tanto da área da saúde quanto do jurídico, para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

## Método

As diretrizes do *Joanna Briggs Institute* sobre a condução de revisões sistemáticas de escopo [16, 17] foram utilizadas para elaborar este estudo. Essa metodologia resume as evidências disponíveis sobre um tópico, a fim de transmitir sua abrangência e sua profundidade [18].

As análises desta revisão de escopo se concentram na gestão de instituições públicas e não em resultados clínicos, portanto, ele não possui registro no *International Prospective Register of Systematic Reviews* [19].

Foi utilizada a extensão para revisões de escopo do *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-analysis* (lista de verificação PRISMA-ScR) para a elaboração deste artigo, **Apêndice 1**.

## Questão da pesquisa

A pergunta de pesquisa para essa revisão foi: Que tipo de estratégias institucionais, extrajudiciais ou judiciais, foram implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil e quais são suas características?

## Critérios de elegibilidade

### Tipos de estudos e documentos

Foram considerados documentos, tais como: estudos primários ou secundários, resumos ou apresentações em eventos científicos, boletins ou relatórios administrativos e notícias em internet, independente do seu *status* de publicação e do seu desenho.

Foram incluídos os documentos que descreviam qualquer tipo de estratégia implementada em instituições públicas de saúde e do jurídico para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

Foram excluídos os documentos que: i. apenas descreviam ou caracterizavam a judicialização da saúde (por exemplo: tipo de ação, características do patrono, número de ações judiciais), ii. somente analisaram os motivos dos demandantes que moveram a ação judicial, iii. sugeriam estratégias que não foram implantadas, iv. mencionavam estratégias implementadas em determinada instituição, mas sem qualquer descrição que pudesse auxiliar na sua caracterização, v. possuíam dados insuficientes para caracterizar a estratégia, mesmo após busca complementar nas referências e citações do documento. Também foram desconsiderados os

documentos que relatavam estratégias utilizadas pela Defensoria ou pelo Ministério Público com o intuito de promover a judicialização da saúde.

### **Tipo de intervenção analisada**

Foi analisada qualquer estratégia implementada para abordar a judicialização da saúde em instituições públicas brasileiras, da área da saúde ou jurídica (judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública).

### **Conceito**

Considerando a pergunta norteadora desta revisão de escopo, dois conceitos chaves foram definidos:

O primeiro conceito é a judicialização da saúde. A judicialização da saúde pode ser entendida como um fenômeno multifacetado onde a ação judicial é movida contra a Administração Pública devido lacunas na política de saúde e/ou falhas em sua execução [20] a fim de garantir e fazer cumprir o direito à saúde, de forma individual ou coletiva, cujo resultado é quase certo e positivo ao demandante da ação [21].

Ela inclui quaisquer tecnologias de saúde, desde medicamentos, equipamentos e procedimentos, materiais, internações, atendimento médico, programas e protocolos assistenciais [22], por meio dos quais os profissionais de saúde e comunidades prestam a atenção e os cuidados à população a fim de solucionar ou reduzir doenças ou agravos à saúde [23].

O segundo conceito é estratégia em sistemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a seguinte definição: “estratégia é uma série de ações destinadas a atingir um conjunto de metas e objetivos estabelecidos dentro de uma política ou um programa de governo” [24]. Adicionalmente, foi utilizada a definição “estratégia é a arte de aplicar os meios disponíveis ou de explorar condições favoráveis com vista à consecução de objetivos específicos”, proveniente do dicionário da língua portuguesa [25].

### **Contexto e participantes**

As instituições públicas, tanto da área jurídica quanto da saúde, que vivenciam a judicialização da saúde possuem aumento na demanda por serviços e recursos financeiros [21, 26-28]. Esta situação pode desestruturá-las administrativa e financeiramente e, conseqüentemente, comprometer o atendimento a todos os usuários [13], pois, gera a necessidade de reorganizar os serviços e de realocar os

recursos destinados a outras finalidades para atender às demandas judiciais na saúde [9, 13].

Acredita-se que algumas instituições criaram suas próprias estratégias para contornar o problema, mas, as informações sobre essas experiências, são pouco divulgadas e de difícil acesso.

A sistematização dessas estratégias pode ser útil aos tomadores de decisão que necessitam realizar uma reorganização institucional e demais interessados.

## **Estratégia de busca**

A estratégia de busca utilizou-se do descritor “judicialização da saúde” encontrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Brasil (<http://decs.bvs.br/>). Seus termos “judicialização” e “saúde” foram combinados de forma livre e com suas traduções em inglês e espanhol, **Apêndice 2**.

## **Fontes de informação**

A busca foi realizada até março de 2019, limitando-se ao Brasil, porém, sem limites de data de publicação, idioma, tipo ou *status* de publicação, nas seguintes fontes de informação:

1. Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (Periódicos CAPES - <http://www.periodicos.capes.gov.br/>): Este Portal além de ter acesso gratuito, é de fácil manuseio, funciona como metabuscador e permite o acesso a revistas e bases de dados de diversas áreas do conhecimento.

Nesta revisão a busca no Periódicos CAPES recuperou documentos provenientes de 18 bases eletrônicas: *OneFile*, *Scopus*, *Social Sciences Citation Index*, *Expanded Sciences Citation Index (Web of Science)*, *Directory of Open Access Journals*, *Sociological Abstracts*, *MEDLINE/PubMed*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *SciELO Brazil*, *JSTOR Archival Journals*, *NDLTD Union Catalog*, *SAGE Journals and Publications*, *Science Direct Journals and Books*, *Elsevier*, *Oxford Journals*, *Materials Science & Engineering Database*, *Cambridge Journals*, e *Dialnet*.

2. Páginas eletrônicas de literatura cinzenta: Banco de teses da CAPES, Conselho Federal de Farmácia, Instituto Inovare, Escola Nacional de Administração Pública, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Conselho Nacional do Judiciário e sites de prêmios

promovidos por órgãos públicos da saúde e do jurídico para fomentar a divulgação de experiências locais.

## **Outros recursos de pesquisa**

Realizou-se busca manual a partir das referências e das citações existentes nos documentos selecionados, a fim de encontrar estratégias não identificadas na busca original.

Os sítios eletrônicos dos Tribunais de Justiça, secretarias de saúde municipal ou estadual, procuradorias de justiça, defensorias públicas, Ministério da Saúde, ministérios públicos e instituições que implementaram estratégias de interesse para esse estudo, também foram escrutinados, para complementar os dados insuficientes.

## **Processo de seleção de estudo**

Dois revisores independentes (SMY e JCL)<sup>1</sup> selecionaram títulos e resumos de acordo com os critérios de elegibilidade. Os desacordos entre os revisores foram resolvidos por consenso.

## **Extração de dados**

A equipe de pesquisa extraiu os seguintes itens:

- identificadores do documento (autores, ano de publicação, título, tipo de publicação, desenho do estudo, área de atuação dos autores);
- identificadores do estudo (município/Estado, ano de implementação da estratégia, nome da estratégia institucional);
- definição (tipo de instituição e esfera de governo que implementou a estratégia, existência de acordos interinstitucionais, profissionais envolvidos);
- financiamento e necessidade de recursos humanos para implementá-lo.

Os dados foram extraídos por um membro da equipe (SMY) e verificados por um segundo revisor (LCL)<sup>2</sup>.

## **Coleta, síntese e relato dos resultados**

Foi realizado um resumo numérico descritivo das características das estratégias incluídas, juntamente com tabelas e gráficos para refletir tais características. Os documentos encontrados foram agrupados, analisados e

---

<sup>1</sup> SMY: Sueli Miyuki Yamauti e JCL: Jéssica Caroline Lopes

<sup>2</sup> LCL: Luciane Cruz Lopes

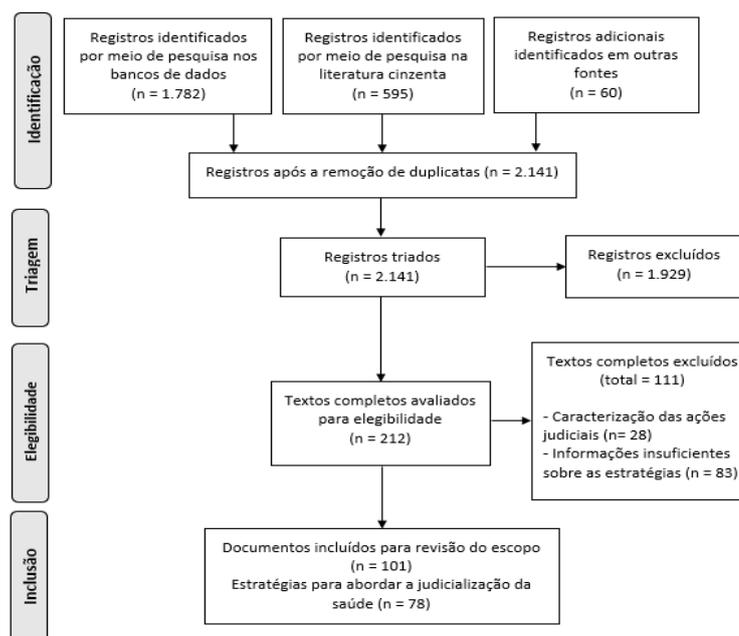
discutidos de acordo com as semelhanças ou diferenças nas atividades realizadas pelas estratégias utilizadas para abordar a judicialização da saúde.

De acordo com a metodologia de análise de uma revisão de escopo, não foi realizada a avaliação da qualidade dos estudos incluídos.

## Resultados

### Seleção de documentos e composição da amostra de estratégias identificadas

Foram identificados 2.377 documentos, na busca principal, nas fontes de informações utilizadas e 60 documentos, na busca manual por referências. Na triagem dos títulos e resumos, foram excluídos 1.929 documentos onde claramente não continham estratégias implementadas em instituições públicas e removidos 296 documentos duplicados. Após a leitura dos 212 documentos restantes, excluíram-se 111 que somente caracterizavam as ações judiciais ou que continham informações insuficientes sobre a estratégia citada. Por fim, foram incluídos 101 documentos contendo 78 estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde, **Figura 1**.



**Fonte:** Adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, *The PRISMA Group* (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA para o processo de revisão de escopo.

## Descrição dos documentos incluídos

Os documentos encontrados restringiam-se a relatos de casos, descrições sucintas ou notas explicativas das estratégias implementadas e não possuíam um delineamento definido.

Dos 101 documentos incluídos para a revisão de escopo, verificou-se que os autores de 78 documentos pertenciam à instituição que implementou a estratégia. Das 78 estratégias implementadas, 72 provinham de 93 documentos encontrados na literatura cinzenta, **Tabela 1**.

**Tabela 1.** Características dos documentos incluídos na revisão sistemática de escopo.

<b>Amostra</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Origem dos autores por documento</b>	<b>101</b>	<b>100</b>
<i>Área de atuação (profissão)</i>		
Jurídica	54	53,5
Saúde	31	30,7
Saúde + jurídica	10	9,9
Outras	6	5,9
<i>Pertencentes à instituição que implementou a estratégia</i>		
Sim	78	77,2
Não	23	22,8
<b>Características dos documentos incluídos</b>		
Resumos de congressos, mostras ou prêmios	22	21,8
Textos provenientes de sítios eletrônicos de instituições da área jurídica	22	21,8
Teses/dissertações	21	20,8
Textos provenientes de sítios eletrônicos de instituições da área de saúde	17	16,8
Artigos de revistas não indexadas	11	10,9
Artigos de revistas indexadas	8	7,9

Fonte: Elaboração própria.

## Características das estratégias institucionais identificadas

Das 78 estratégias identificadas, 37 (47,4%) ocorreram na região Sudeste, 61 (78,2%) pertenciam à esfera estadual, 72 (92,3%) foram implantadas a partir de 2007 e 59 (75,6%) permaneciam ativas de acordo com as informações obtidas nas páginas eletrônicas da própria instituição (março/2019). Elas foram implementadas tanto por instituições de saúde (57,7%) quanto jurídicas (42,3%), 73 (93,6%) utilizaram os recursos humanos e a infraestrutura existentes dentro da instituição e 56 (71,8%) estratégias celebraram acordos interinstitucionais envolvendo ambas as áreas, para abordar a judicialização da saúde, **Tabela 2**.

Das 22 (28,8%) estratégias implementadas sem acordos institucionais, 16 ainda estão em funcionamento, sendo que 13 delas, foram implementadas por

iniciativa das secretarias de saúde, duas dos Tribunais de Justiça e uma da Procuradoria Geral do Estado.

Apenas duas (2,6%) estratégias relataram investimentos para sua realização: i. Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte (NAT HC-UFMG) (29) e; ii. Cadastro nacional de pareceres, notas e informações técnicas (e-NAT-Jus) (30). No entanto, 16 (20,5%) estratégias, posteriormente à sua implantação, tiveram a necessidade de contratar recursos humanos e/ou terceirizar serviços devido ao aumento na demanda e/ou à expansão de suas atividades, **Tabela 2.**

**Tabela 2.** Características das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde.

<b>Amostra</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estratégias institucionais</b>	<b>78</b>	<b>100</b>
<b><i>Região onde foi implantada a estratégia</i></b>		
Sudeste	37	47,4
Nordeste	13	16,7
Norte	10	12,8
Centro Oeste	9	11,5
Sul	9	11,5
<b><i>Ano de implantação</i></b>		
2002	2	2,6
2003 a 2006	4	5,1
2007 a 2010	23	29,5
2011 a 2014	30	38,5
2015 a 2018	19	24,4
<b><i>Área responsável pela iniciativa na elaboração da estratégia</i></b>		
Saúde	45	57,7
Judiciário	20	25,6
Advocacia, Defensoria e Ministério Públicos	13	16,7
<b><i>Esfera de governo responsável pela iniciativa</i></b>		
Estadual	61	78,2
Municipal	9	11,5
Federal	8	10,3
<b><i>Existência de acordos interinstitucionais para a implantação da estratégia</i></b>		
Sim	56	71,8
Não	22	28,2
<b><i>Estratégia em funcionamento (março/2019)</i></b>		
Sim	59	75,6
Não identificado	14	17,9
Não	5	6,4

*continua*

continuação

***Necessidade de investimento em recursos humanos e infraestrutura para a montagem da estratégia***

Não	73	93,6
Não identificado	3	3,8
Sim	2	2,6

***Uso de sistemas informatizados***

Sim	48	61,5
Não identificado	29	37,2
Não	1	1,3

***Expansão das atividades laborais com acúmulo de cargos ou de atividades***

Não identificado	47	60,3
Sim	25	32,1
Não	6	7,7

***Tamanho da equipe formada***

Não identificado	55	70,5
até 5 profissionais	5	6,4
de 6 a 9 profissionais	9	11,5
de 10 a 19 profissionais	3	3,8
de 20 a 29 profissionais	1	1,3
de 30 a 39 profissionais	3	3,8
de 40 a 49 profissionais	1	1,3
acima de 50 profissionais	1	1,3

***Profissionais do serviço público da saúde envolvidos na equipe formada\****

Farmacêutico	36	46,2
Médico	27	34,6
Enfermeiro	19	24,4
Outros (não identificados e serviços de apoio)	19	24,4
Assistente/técnico administrativo	15	19,2
Gestor ou coordenador	14	17,9
Assistente social	10	12,8
Nutricionista	9	11,5
Tecnologia da informação	4	5,1
Assessor jurídico do serviço de saúde	3	3,8
Psicólogo	3	3,8
Fisioterapeuta	3	3,8
Dentista	2	2,6

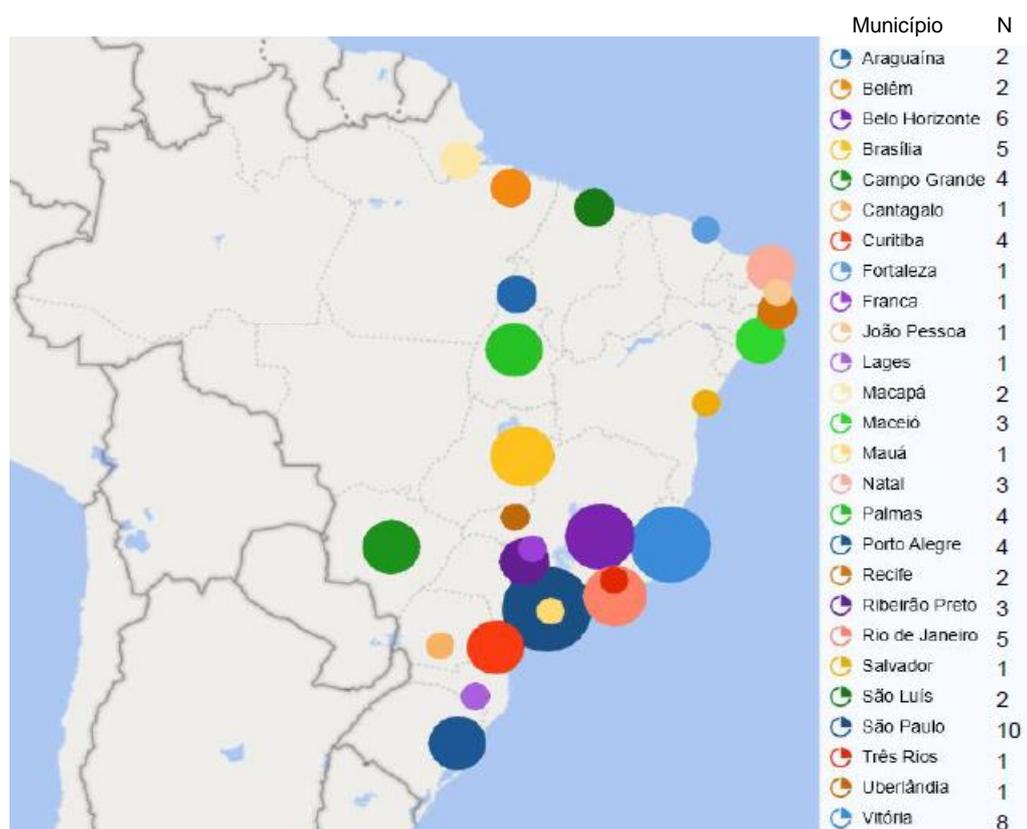
***Profissionais do serviço da área jurídica na equipe formada\****

Defensor público	16	20,5
Procurador do Estado	9	11,5
Promotor de justiça	7	9,0
Juiz	6	7,7
Advogado	5	6,4
Servidor	4	5,1
Advogado da União	3	3,8
Estagiário	3	3,8
Bacharel em direito	2	2,6
Não identificado	9	11,5

**Legenda:** \* Os profissionais do serviço público envolvidos com a estratégia implementada, em sua maioria, formam equipes multiprofissionais e, portanto, a sua soma não equivale ao total de estratégias encontradas.

O quadro contendo todas as estratégias implementadas identificadas nesta revisão de escopo encontra-se no **Apêndice 3**.

A maioria das estratégias se concentram em capitais de Estados principalmente da região Sudeste: 6 (7,7%) em Belo Horizonte/MG, 5 (6,4%) no Rio de Janeiro/RJ, 10 (12,8%) em São Paulo/SP e 8 (10,3%) em Vitória/ES, **Figura 2**.



**Figura 2:** Mapa do Brasil com a localização dos municípios, onde as estratégias (N) que abordam a judicialização da saúde foram implementadas.

Esta mesma região implantou estratégias que, i. atendem processos administrativos juntamente com o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e dietas [31-37], ii. utilizam a mediação<sup>3</sup> em saúde [31-43], mas não a

<sup>3</sup> Mediação e conciliação segundo o Código de Processo Civil (2015), são métodos consensuais de resolução de conflitos. O mediador atua preferencialmente nos casos em que houver vínculo anterior entre as partes, auxiliará aos interessados a compreender as questões e os interesses em conflito, de modo que eles possam, pelo restabelecimento da comunicação, identificar, por si próprios, soluções consensuais que gerem benefícios mútuos. O conciliador atua preferencialmente nos casos em que não houver vínculo anterior entre as partes, poderá sugerir soluções para o litígio, sendo vedada a utilização de qualquer tipo de constrangimento ou intimidação para que as partes conciliem.

conciliação, iii. desenvolveram sistemas informatizados [30, 34, 44-49], iv. criaram comissões de farmácia e terapêutica [50-54], v. centralizaram o atendimento das demandas judiciais [34, 52, 55] incluindo o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e dietas, vi. utilizaram profissionais capacitados e/ou especializados para elaborar relatórios técnicos e defender a instituição de saúde [43, 44, 46, 56, 57] e, por fim, vii. organizaram a assistência à saúde implantando serviços especializados, qualificados e organizados para o atendimento ao cidadão ou para avaliar as demandas em saúde e desenvolver ações focais [52, 53, 57-64].

A região Sul priorizou estratégias voltadas à mudança da cultura organizacional por meio de cursos e de capacitação aos prestadores de serviços em todos os níveis hierárquicos, tanto na área da saúde quanto no jurídico [65-73]. Aproveitaram uma infraestrutura já existente e adaptaram ou melhoraram os fluxos operacionais a fim de fornecer novos serviços [62, 65, 66, 68, 72, 73, 74, 75]. Há atuação efetiva dos Comitês Estaduais de Saúde do Rio Grande do Sul [66, 67] e do Paraná [68] na capacitação dos atores envolvidos e no monitoramento da judicialização da saúde.

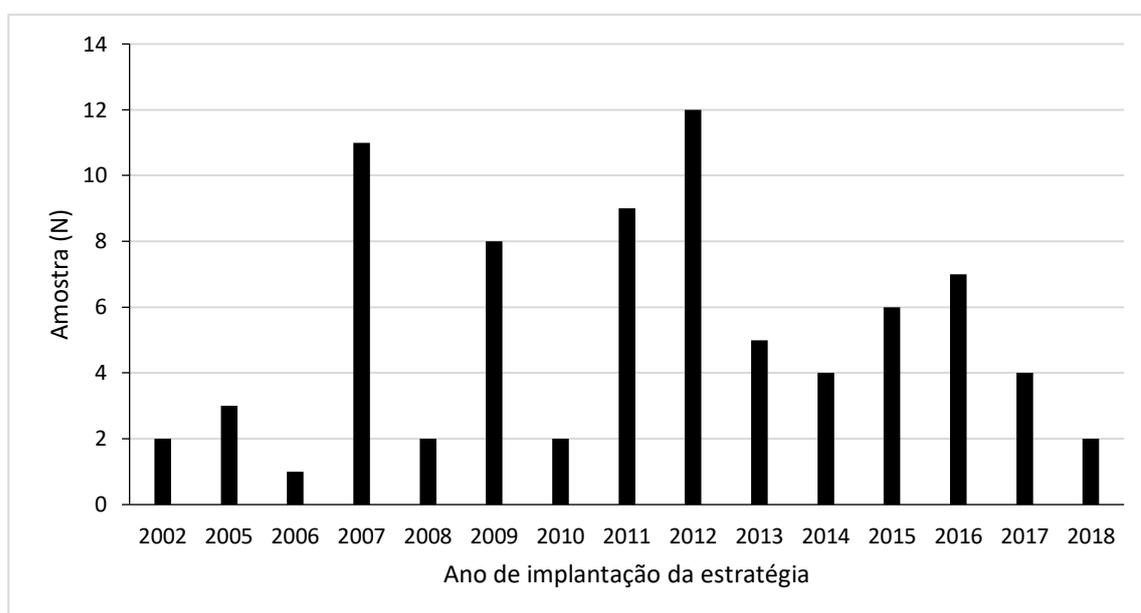
A região Nordeste possui documentos descrevendo: i. o apoio técnico ao judiciário em seis capitais [76-84], ii. a utilização da conciliação ou a mediação sanitária [31, 86-94], iii. o processo administrativo e/ou centralização do atendimento de demandas judiciais [76, 95, 96] e, iv. procuradores especializados em saúde [97].

A região Norte possui seis estratégias concentradas no Estado do Tocantins, onde três são estratégias de apoio técnico ao judiciário [28, 98-101] e nas demais, utiliza a Ouvidoria do SUS [28, 101] como ferramenta de mediação sanitária e de atendimento a processos administrativos, centraliza o atendimento de demandas judiciais [99] e possui um Comitê Estadual de Saúde [98, 99, 102] atuante. Os Estados do Amapá e do Pará, possuem estratégias implementadas a partir de 2015, utilizam a Ouvidoria do SUS para atender processos administrativos [103], fornecem apoio técnico ao judiciário [85, 104, 105] e realizam mediação sanitária [85].

A região Centro-Oeste, por incluir o Distrito Federal, possui três estratégias utilizadas em âmbito nacional [30, 106, 107, 108] e duas estratégias semelhantes às de outras capitais estaduais: centralização do atendimento de demandas judiciais [109] e mediação sanitária [31, 28, 91, 110]. O Estado do Mato Grosso do Sul, além de possuir estratégias como o Comitê Estadual de Saúde [111, 112], centralização do atendimento de demandas judiciais [111] e apoio técnico ao judiciário [77], também regulamentou o depósito de pequeno valor na conta do demandante, para que ele

consiga comprar seu produto pleiteado até o Estado conseguir adquirir e repassar o produto ao demandante [112, 113].

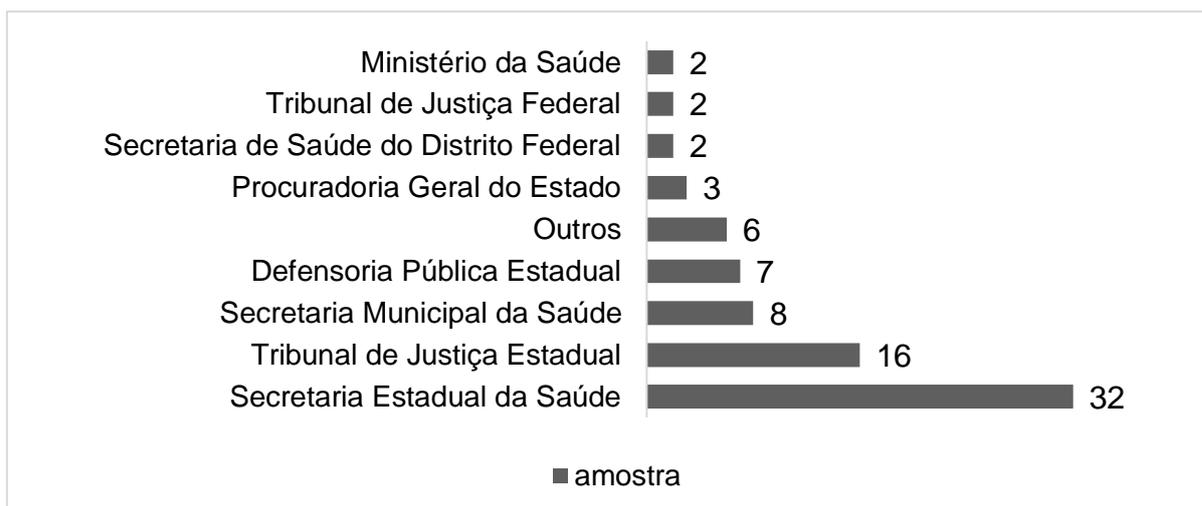
A **Figura 3** mostra a distribuição temporal da implementação das estratégias identificadas durante o período de 2002 a 2018. Das 78 estratégias implantadas, 59 (75,6%) ainda permanecem ativas, e das 59 que foram implementadas até 2014, 16 (20,5%) possuem entre 10 e 17 anos de atividade e 27 (34,6%) entre 5 e 9 anos.



**Fonte:** Elaboração própria.

**Figura 3.** Ano de implementação das estratégias institucionais para abordar a judicialização da saúde

Verificou-se que as instituições ligadas à esfera estadual aparecem como as principais protagonistas na elaboração e implantação das estratégias para abordar a judicialização da saúde. As secretarias de saúde (estadual, municipal e do Distrito Federal) implementaram 42 (53,8%) estratégias, e os Tribunais de Justiça (estadual e federal) 18 (23,1%), **Figura 4**.



Fonte: Elaboração própria.

**Figura 4.** Instituições responsáveis pela iniciativa da elaboração e implantação da estratégia para abordar a judicialização da saúde

## Discussão

### Principais achados

Foram identificadas, principalmente na literatura cinzenta, 78 estratégias para abordar a judicialização da saúde implementadas em instituições públicas brasileiras e protagonizadas tanto pela área jurídica quanto pela área da saúde. Essas estratégias encontram-se distribuídas por todo o país, mas com maior prevalência na região Sudeste, no nível estadual por iniciativa das secretarias estaduais de saúde e que permaneciam em atividade. Foram implantadas a partir de 2002, cujos picos na quantidade de estratégias implementadas coincidem com o segundo ano após o início de cada gestão governamental federal/estadual.

A implementação de estratégias é facilitada, de modo geral, quando as instituições conseguem utilizar os recursos humanos e/ou a infraestrutura existentes, possuem um sistema informatizado para o controle de dados, formam equipes multiprofissionais e celebraram acordos interinstitucionais, mais comumente, entre a secretaria de saúde e a Defensoria Pública ou o Tribunal de Justiça.

## **Protagonismo e atuação das instituições jurídicas e de saúde (iniciativa, reponsabilidade e compartilhamento)**

Embora o excesso de judicialização da saúde seja um ônus tanto para a área do jurídico quanto da saúde a sobrecarga maior recai sobre as instituições de saúde. Pois, além da pressão por organizações não governamentais e pela mídia, as instituições de saúde precisam criar e manter estrutura organizacional adequada para fornecer tecnologias de saúde contempladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aquelas não contempladas pelo SUS e solicitadas via processo administrativo, e as que foram solicitadas via processo judicial [8, 15] juntamente com seus custos processuais [114].

A necessidade de manter a gestão institucional organizada reflete na quantidade de estratégias elaboradas e implementadas pelas instituições de saúde que equivale a 57,7% das estratégias incluídas nesta revisão. Verifica-se que as estratégias normalmente são implementadas como serviços públicos estaduais de saúde e em cidades onde existem sedes de Secretarias de Estado da Saúde, tornando a estratégia numa atividade perene.

As estratégias utilizadas pelo Poder Judiciário ocorrem, nos Tribunais de Justiça, quando o processo judicial já está instalado e correspondem aos serviços de apoio técnico e/ou de perícia. Grande parte destes serviços são exercidos por profissionais de saúde pertencentes às secretarias de saúde e cedidos, em tempo integral ou parcial, por meio de um acordo interinstitucional renovável a cada 12 ou 24 meses.

### **Regionalização da judicialização da saúde**

Embora a região sudeste tenha o maior número de estratégias implementadas e ainda em funcionamento, a ausência do relato de algumas estratégias prevalentes em outras áreas do país chama atenção. Por exemplo, não foram identificadas o uso da Ouvidoria do SUS nas resoluções dos processos administrativos em saúde [28, 101, 103], a conciliação de conflitos em saúde [86-88], a forte atuação da Comissão Estadual de Saúde [66-68, 98, 99, 102, 111, 112] e o depósito judicial na conta do demandante para o cumprimento das resoluções judiciais [112, 113].

Entretanto, verifica-se que a Ouvidoria do SUS [115] e a Comissão Estadual de Saúde [116] deveriam ter sido implementados em todos os estados brasileiros, a conciliação sanitária é estimulada pelo serviço judiciário [117, 118] para evitar ou

desjudicializar as demandas judiciais, e o depósito judicial é uma das soluções utilizadas para evitar atrasos na entrega do produto judicializado, multas, prisões e bloqueios de verbas quando os casos onde as tecnologias de saúde são de difícil obtenção pelas vias normais de compras utilizadas pelas instituições públicas [113].

Duas hipóteses prováveis poderiam explicar esse fenômeno: primeiro - as abordagens são regionalizadas, porque o perfil das demandas judiciais também o são [114]; segundo - tais abordagens são praticadas em todo país, mas, devido à falta de divulgação, elas não foram catalogadas.

### **Implantação e longevidade das estratégias**

O número de estratégias implantadas acompanha o tempo de vigência do Plano de Saúde<sup>4</sup> nacional e estadual daquele governo. Os investimentos feitos acontecem em maior número nos dois primeiros anos do mandato do governo vigente e depois segue em queda acentuada no último ano da vigência (2006, 2010, 2014 e 2018) daquele governo, **Figura 3**.

A exceção dessa lógica foi o ano de 2008, quando ocorreu a operação Garra Rufa, no interior do Estado de São Paulo, fruto da atuação do Núcleo de Inteligência [57] e da 8ª subprocuradoria, da Procuradoria Judicial, da Procuradoria Geral do Estado [44, 45, 56] que prendeu uma quadrilha, composta por médicos, advogados, dirigentes de organizações não governamentais, e representantes comerciais e gerentes de indústrias farmacêuticas, que judicializava medicamentos biológicos para desviar dinheiro público [57]. Acrescido a isso, houve recessão econômica mundial [119], mudança de gestão do Ministério da Saúde (2007) com adequação do Plano de Saúde para suprir as novas prioridades de gestão, revogação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) [120] e, por fim, falta de perspectivas de captação de novos recursos orçamentários.

Vale ressaltar que os investimentos em estratégias em saúde, também dependem da visão do governante sobre o tema e a autonomia atribuída ao gestor público na empreita para realizá-las [114].

---

<sup>4</sup> O Plano de Saúde do Sistema Único de Saúde é um planejamento quadrienal obrigatório às três esferas de governo. Ele é elaborado no primeiro ano de governo e com vigência a partir do segundo ano até o primeiro ano do governo seguinte. Ele faz parte do Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Atividades e Programações de Planejamento Estratégico do SUS, junto com a Programação Anual de Saúde, o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão.

Das 56 estratégias que ainda se encontravam em atividade, há 16 que foram implementadas sem acordos institucionais, das quais nove correspondem aos serviços já existentes em grande parte do país como programas ou parte de programas de saúde, mas, que também estão sendo utilizadas para abordar a judicialização da saúde: visita domiciliar [58, 59] que faz parte do Programa Melhor em Casa [121], Comissão de Farmácia e Terapêutica [53, 54], centro especializado e de referência em saúde [53, 54], farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica [53, 62, 63], Ouvidoria do SUS [28, 101, 103] e sistema informatizado para controle de estoques [34]; no Tribunal de Justiça, o departamento médico do judiciário [74] e, por fim, a procuradoria especializada em saúde [68, 75]. E, sete estratégias foram criadas devido ao aumento das demandas judiciais em saúde e equivalem aos serviços que atendem demandas judicializadas e/ou processos administrativos [40, 53, 76, 99, 109, 122], a câmara técnica de saúde [83] e o relatório técnico do Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS-SP (CODES) utilizado pela Procuradoria Geral do Estado para a defesa da secretaria de saúde [44, 45, 47].

A inexistência de acordos interinstitucionais obriga a gestão pública a ser criativa e eficiente para organizar os serviços com os poucos recursos disponíveis do momento [123], também parece demonstrar que os gestores conhecem as atividades existentes nas instituições que podem ser adaptadas e expandidas a outras finalidades.

Das cinco estratégias identificadas como não ativas, três delas foram substituídas por versões “mais modernas” para acompanhar os avanços tecnológicos e alinhar-se às necessidades dos usuários: Sistema de Controle Jurídico [44, 45] substituído pelo S-CODES [46, 47], Atendimento administrativo [45, 50, 51, 56] pelo Acesso SUS [35-37] e a Câmara técnica de saúde da Paraíba [77] pelo NAT-Jus [124].

Embora a atualização das atividades e da prestação de serviços sejam recomendações para a boa prática da gestão pública [125], percebeu-se que os relatos apenas citam as renovações dos acordos institucionais [85, 98], a substituição de um sistema de informação por outro [108], e a substituição e alteração da denominação da estratégia [78, 98, 106], impossibilitando a análise da evolução do serviço.

E, as duas estratégias desativadas restantes ocorreram devido ao término do contrato entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o NAT HC-UFMG

[29] e a falta de recursos humanos tanto da saúde quanto do jurídico para manter as atividades do Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Uberlândia [41].

Identificou-se poucos relatos sobre barreiras e dados negativos a respeito das estratégias implementadas e todos os registros detectados a respeito eram provenientes de teses e dissertações [29, 41, 76, 126, 127]. Isto demonstra uma das fragilidades do uso de outros tipos de literatura cinzenta, onde há pouca ponderação sobre as limitações destas experiências.

## **Infraestrutura e recursos humanos (investimentos na estratégia e características da equipe)**

Na judicialização da saúde, alguns profissionais se destacam no protagonismo de algumas ações. Na área jurídica, os defensores públicos e os membros do Ministério Público como a parte ativa nos litígios de saúde, em defesa do cidadão, e os procuradores-gerais atuando na defesa da Administração Pública. Na área da saúde, farmacêuticos atuando na parte passiva das ações judiciais e médicos em ambas as partes.

O farmacêutico é o profissional principal de três estratégias implantadas [35-37, 45, 63, 126] e, em 36 (46,2%) estratégias, ele está inserido em equipes multiprofissionais, atuando nas atividades técnicas (parecer técnico ou orientação sobre tecnologias de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico) e nas administrativas (organização da assistência farmacêutica). E, o médico, quando atua na parte passiva dos litígios, é o único profissional em uma [53, 54] das 27 (34,6%) estratégias implantadas onde ele participa fornecendo parecer técnico e/ou realizando perícia.

Percebeu-se que, em pelo menos 1/3 das estratégias incluídas, a gestão pública ampliou as atribuições e as atividades laborais dos profissionais e/ou das equipes de trabalho existentes na instituição, questão também analisada por Pepe & Acúrcio (2014) [129]. Embora não seja possível afirmar se há sobrecarga de trabalho, como ocorreu com a estratégia de Uberlândia/MG [41], ou se este tipo de abordagem tem efetividade, é provável que os dois resultados ocorram em algum momento: sobrecarga e inefetividade.

Em contrapartida, há casos onde houve ampliação e/ou expansão da estratégia implementada devido aos seus resultados positivos e o Rio de Janeiro é um destes casos. Em 2015, suas estratégias focadas na judicialização da saúde possuíam

equipes relativamente grandes: o Núcleo de assessoria técnica em ações de saúde, por exemplo, iniciou suas atividades em duas varas da Fazenda Pública e posteriormente foi ampliada a todas as varas e algumas câmaras cíveis [126] e contava com uma equipe composta por 73 profissionais, a Central de Atendimento à Demanda Judicial com 37 e a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde com 38 [130], muito diferente de São Paulo que possuía dois farmacêuticos: no Programa ACESSA SUS (2016) [35-37], na Defensoria Pública (2007) [45, 128] e no Tribunal de Justiça (2012) [56, 131], e uma equipe de 35 pessoas da CODES que centraliza os pedidos judiciais da Secretaria Estadual de Saúde (2018)[114].

No entanto, não é possível afirmar se o aumento das atividades e da demanda se deve pela falta de efetividade dos programas de saúde pública do governo local, se a estratégia implementada está atendendo uma demanda reprimida por tecnologias de saúde, ou se as solicitações são por tecnologias inexistentes no SUS.

Mas, os dados do Conselho Nacional de Justiça indicam que a judicialização da saúde pública diminuiu em ambos os Estados, pois, embora o Estado do Rio de Janeiro possua pelo menos 35% dos processos judiciais entre 2008 a 2018 relacionados à saúde pública, a quantidade de decisões judiciais em primeira instância relacionados à saúde teve queda drástica a partir de 2009, de 36.908 processos em 2008 para 15 processos em 2012 e mantendo-se abaixo de 200 até 2017 [114]. Por outro lado, o número de processos julgados no Estado de São Paulo aumentou anualmente de 2.317 processos em 2008 para 23.465 em 2017, mas a judicialização da saúde pública equivale a 7% dos casos envolvendo a saúde [114]. Parece que o conjunto destas estratégias ajudam a evitar a judicialização da saúde pública.

Em relação aos profissionais da área jurídica, nota-se que estes estão investindo em estratégias focadas na especialização em saúde, pois, foi observado que elas estão ocorrendo em algumas Procuradorias-Gerais Estaduais [44, 45, 56, 68, 75, 97, 132, 133] e na Defensoria Pública de Minas Gerais [134-136], e os Tribunais de Justiça estão utilizando as varas especializadas para julgar as ações em saúde [56, 131]. Esta tendência corrobora com os achados de outros estudos [114, 137].

## **Recursos financeiros**

A Administração Pública brasileira frequentemente está subfinanciada e a aquisição de recursos financeiros para além do que já foi programado não é possível,

por isso, são poucas as estratégias que relatam algum tipo de financiamento para sua implantação ou manutenção.

Chama a atenção, duas estratégias de Minas Gerais que utilizavam recursos públicos mensais para investir em suas atividades: a Ação Sentenças Judiciais via Fundo Estadual de Saúde que repassava verbas da secretaria de estado da saúde exclusivamente para o cumprimento das resoluções judiciais [122, 135] e o contrato de dois anos entre o NAT HC-UFMG com a secretaria de saúde, que previa o pagamento por cada parecer técnico elaborado mediante solicitação do judiciário [29]. Tais investimentos, mostraram-se insuficientes para atender as demandas judiciais [122, 135] e para arcar com um serviço terceirizado a longo prazo [29].

### **Tecnologias informatizadas**

Foi observado que as estratégias implementadas com sistemas informatizados de controle de estoque e/ou dos processos judiciais, começaram a surgir a partir de 2005 [44, 67].

Identificou-se que algumas instituições adaptaram seus sistemas de controle de medicamentos para também serem utilizados para o controle das demandas judiciais: Sistema AME [65, 66], Sistema de gestão para medicamentos de alto custo [62, 68] e Hórus [107, 108]. E, outras instituições criaram sistemas para organizar os processos ou diminuir as falhas na comunicação ou agilizar o cumprimento das resoluções judiciais: Procedimento Extrajudicial de Saúde [43], Portal eletrônico de intimação judicial [48, 49], Sistema câmara de saúde [34], S-CODES [46, 47], Sistema de Controle Jurídico [44, 45] e e-NAT-Jus [30]. Com exceção do e-NAT-Jus e do Hórus que requereram financiamento e contratação de equipes especializadas em tecnologias da informação para a sua criação e implementação, os demais sistemas utilizaram os recursos humanos e financeiros existentes na própria instituição.

Atualmente, são raras as instituições que utilizam somente o controle físico de documentos, como o SUS Mediado, em 2014 [89]. Pois, as tecnologias informatizadas além de estarem mais acessíveis, auxiliam no monitoramento e no controle de estoques, melhoram a comunicação e a informação, e fornecem subsídios técnico-administrativos aos gestores [138].

## Forças e limitações do estudo

Este estudo é o primeiro a mapear e caracterizar de forma abrangente estratégias implementadas, tanto pela área da saúde quanto do jurídico, para abordar a judicialização da saúde.

Os documentos identificados não explicavam, com detalhes, a forma como a estratégia foi implementada e tão pouco avaliaram, com ferramentas válidas, o processo de implantação ou os resultados sobre a gestão das demandas judiciais. A maioria dos documentos encontrados (~90%) estava na literatura cinzenta, principalmente nas páginas eletrônicas das instituições que atendem este tipo de demanda e em teses, dissertações ou trabalhos de conclusão de curso de especialização produzidas por profissionais diretamente envolvidos com a estratégia implementada.

Embora a literatura disponível, publicada ou não, tenha sido escrutinada, as informações podem ainda estar subestimadas uma vez que a localização das informações provenientes das páginas eletrônicas das instituições pesquisadas estava confusa e de difícil acesso.

Os documentos encontrados nem sempre possuíam dados suficientes para caracterizar a estratégia impedindo que algumas delas, apesar de identificadas, fossem completamente descritas ou analisadas: Núcleo de Ação das Demandas Especiais (Demande) do município de São Paulo [139], Núcleo de Apoio Técnico à Procuradoria Geral do Estado de Tocantins [99], Assessoria Demandas Judiciais Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso [140]. Estas estratégias aparentemente, possuem características semelhantes às estratégias já catalogadas, não prejudicando o conjunto dos resultados mapeados.

O Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, embora seja uma estratégia criada para abordar a judicialização, não foram detectados documentos que relatassem e caracterizassem como tal. No entanto, foram analisados os Comitês Estaduais de Saúde, órgãos instituídos pelo Fórum e que deveriam estar presentes em todos os Estados brasileiros.

Foram detectadas estratégias com mais de uma denominação, como por exemplo, a Central de Atendimento à Demanda Judicial (CADJ) ou Central Única ou Central de Mandados [32, 34, 55, 141], e outras com siglas iguais, mas com características distintas, como o Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) da Secretaria

de Estado de Saúde de Minas Gerais [135, 142] e o Núcleo de Avaliação de Tecnologias (NAT) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais [29], o que nos revela a baixa qualidade dos documentos que reportam as estratégias implantadas

Vale ressaltar, que esta revisão buscou mais de um documento ou fonte de informação inclusive notícias veiculadas na internet para obter quaisquer detalhes que pudessem complementar as características das estratégias analisadas. O fato desta revisão utilizar somente dados objetivos facilitou, de certa forma, a coleta de dados e minimizou os erros que poderiam vir da interpretação de informações.

## **Conclusões**

### **Implicações aos pesquisadores**

Há a necessidade de estudos que tenham um delineamento definido e que sejam capazes de descrever melhor as estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde, bem como avaliar sua efetividade.

Estudos qualitativos sobre as condições de trabalho e a qualidade de vida no trabalho dos profissionais envolvidos com a judicialização da saúde e sobre a satisfação do usuário atendido pela estratégia implementada poderiam dimensionar o julgamento sobre as estratégias implementadas.

### **Implicações aos agentes públicos**

Manter o endereço eletrônico institucional organizado e acessível ao usuário, bem como divulgar sua carta de serviços pode funcionar como estratégia para abordar a judicialização da saúde, além de facilitar a busca por informações.

Os gestores deveriam conhecer e entender a estrutura das instituições públicas e as atividades existentes em suas rotinas. Isso auxiliaria e facilitaria a busca por atividades passíveis de serem adaptadas ou ampliadas para, também, serem utilizadas para abordar a judicialização da saúde.

A existência de recursos humanos e de infraestrutura, sistema informatizado, equipes multiprofissionais pertencentes à instituição pública, juntamente com a celebração de acordos interinstitucionais, favorecem a elaboração e a implementação de estratégias para abordar a judicialização da saúde, no Brasil. Mas, aparentemente, apenas a implementação de um conjunto de estratégias ajudam a diminuir os litígios em saúde.

## Referências

1. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health and human rights*. 2016;18(1):209-20.
2. Flood CM, Gross A. Litigating the right to health: What can we learn from a comparative law and health care systems approach. *Health and Human Rights Journal*. 2014;16(2):11.
3. Mahé BL. Judicialização da saúde: avaliação do impacto das compras de medicamentos por demanda judicial no orçamento federal da saúde. Brasília: Instituto Brasileiro de Direito Público; 2016.
4. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20:77-100.
5. Antunes JLF. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo Social*. 2015;27:161-75.
6. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:1839-49.
7. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41:101-7.
8. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41:214-22.
9. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, *et al.* Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(1).
10. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:525-34.
11. Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. 48 p.
12. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2011;29:138-44.
13. TC 009.253/2015-7 [Internet]. Tribunal de Contas da União. 2017 [citado em 20 fev. 2018]. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>.

14. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:59-69.
15. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):10.
16. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(1):69.
17. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015;13(3):141-6.
18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
19. International prospective register of systematic reviews. About PROSPERO York, UK: NHS; 2019 [citado em 2019 abril 22]. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/#aboutpage>.
20. Perlingeiro R. Recognizing the public right to healthcare: the approach of Brazilian courts [Reconhecendo o direito público à saúde: a abordagem dos tribunais brasileiros]. *Revista de Investigações Constitucionais*. 2014;1(1):18.
21. Advocacia-Geral da União, Consultoria-Geral da União, Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde. Judicialização da saúde no âmbito da União em números: recursos extraordinários 566471 e 657718. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2017.
22. Vieira FS. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: desafios atuais e futuros do estado brasileiro. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado de Administração. IX Congresso CONSAD de Gestão Pública; Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF Brasília: CONSAD; 2016. p. 31.
23. Panerai RB, Peña-Mohr J. Health technology assessment methodologies for developing countries. Washington: Pan-American Health Organization; 1989. 119 p.
24. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. Genebra: WHO; 2019 [atualizado em 2011; citado em 2019 abril 26]. Disponível em: [https://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/](https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/).
25. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004.
26. Schulze CJ. Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil Florianópolis: Empório do Direito; 2017 [atualizado em 2017; citado em 2019 abril

- 26]. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>.
27. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Justiça em números. Brasília: CNJ; [atualizado em 2017; citado em 2019 abril 26]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros>.
28. Asensi FD, Pinheiro R (Coord.). Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.
29. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
30. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2017.
31. Sant'Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017.
32. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.
33. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
34. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio de Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS – 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
35. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica).
36. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.
37. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118).

38. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, *et al.* Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
39. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
40. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
41. Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
42. Galliez MS. Atuação extrajudicial na Saúde Pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. XII edição do Prêmio Innovare; 1º de dezembro de 2015. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2015.
43. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. 14ª edição do Prêmio Innovare; 5 de dezembro de 2017. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2017. p. 2.
44. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, *et al.* Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
45. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. Salvador: Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado; 2011 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>.
46. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: Sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT (Org). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
47. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-CODES: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. 2010;7(84):12.

48. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Ato normativo conjunto nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo; 2018. p. 3.
49. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Notícia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>.
50. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>.
51. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2012. p. 15.
52. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirotta KCM, Venâncio SI, Derbli M, *et al*. Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 344 p.
53. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. III Congresso CONSAD de Gestão Pública; 15 a 17 de março de 2010. Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2010. p. 31.
54. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Congresso CONSAD de Gestão Pública; 6 a 8 de maio de 2009. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2009. p. 24.
55. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: A perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2008.
56. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no Estado de São Paulo. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit*. 2017;6(1):19.
57. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. VIII edição do Prêmio Inovare; 15 de dezembro de 2011. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro 2011.
58. Secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ribeirão Preto: Prefeitura da cidade de Ribeirão Preto; 2017

[citado em 2019 abril 6]. Disponível em:  
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/i16indice.php>.

59. Mauad MLME, Tanaka NYY, Fazan WC. Protocolo inicial da comissão de análise de solicitações especiais para dieta enteral. In: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 122.
60. Chayamiti EMPC, Coordenadora. Manual do serviço de atenção domiciliar. 2ª revisão. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto; 2018. 64 p.
61. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto n° 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador; 2007. p. 5.
62. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2013;Ano I(1):82.
63. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016;Ano IV(4):192.
64. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo; 2018.
65. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A Defensoria. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>.
66. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.
67. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT (Org). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
68. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
69. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.

70. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. Lages: Prefeitura de Lages; 2015 [atualizado em 2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.
71. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde Brasília: CNJ; 2015 [atualizado em 08 mai. 2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://cnj.jus.br/noticias/cnj/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>.
72. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília: CONASS; 2005. p. 140.
73. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência Farmacêutica. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008.
74. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.
75. Fagioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT (Org). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
76. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
77. Costa IC. Judicialização da saúde e a Câmara Técnica de Saúde no Tribunal de Justiça da Paraíba. Guabira: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
78. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>.
79. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico; 2017.
80. ASCOM do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019

abril 2]. Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.

81. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. Revista de Investigações Constitucionais. 2018:21.

82. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. Fortaleza: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/saude/>.

83. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas; 2016. p. 3.

84. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN. Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte; 2016 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>.

85. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. Belém: Tribunal de Justiça do Estado do Pará; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>.

86. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.

87. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem burocracia e acesso do preso à Justiça; 3 de dezembro de 2010. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2010.

88. Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte. CIRADS. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2009 [atualizado em 2013; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046).

89. Júnior LMRR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2017.

90. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no sistema único de saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.

91. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN). Brasília: Faculdade de

Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília; 2017.

92. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolutividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. Natal: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>.

93. Nunes HEN. A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão. São Luís: Universidade CEUMA; 2016.

94. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à Saúde São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão; 2015 [atualizado em 8 de junho de 2015 citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>.

95. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. Revista de Administração de Roraima-UFRR. 2015;5(2):25.

96. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria nº 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas; 2013. p. 1.

97. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o judiciário sobre as demandas dos alagoanos. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas; 2015. [citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/2015/11/16/nucleo-de-saude-da-pge-facilita-respostas-para-o-judiciario-sobre-as-demandas-dos-alagoanos/>

98. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS). Palmas: Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjto.jus.br/saude/>.

99. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2016.

100. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT (Org). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

101. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína/TO. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. 2013;2(2):19.

102. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no Tocantins para a minimização da judicialização da saúde. *Revista ESMAT*. 2016;8(11):27.
103. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. Macapá: Secretaria da Saúde do Estado do Amapá; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>.
104. Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. TJAP inaugura Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para demandas da saúde Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2016 [atualizado em 18 novembro 2016; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/5648-justica-do-amapá-inaugura-núcleo-de-apoio-técnico-judic...>
105. Assessoria de Comunicação Social. NAT-JUS: Juízes do Amapá contam com corpo técnico especializado para emitir decisões sobre processos relativos à saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2017 [atualizado em 16 Mai 2017; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/6228-nat-jus-juizes-do-amapá-contam-com-corpo-técnico-especializado-para-emitir-decisões-sobre-processos-relativos-à-saúde.html>.
106. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015;6(Supl. 4):18.
107. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. Sistema Hórus Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacaceutica/sistema-horus/sobre-o-sistema>
108. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46:91-9.
109. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
110. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015*. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
111. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015*. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.

112. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus Campo Grande: Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjms.jus.br/nat/>.
113. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução nº 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande: Diário Oficial do Estado; 2018. p. 1.
114. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2019.
115. Brasil. Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. p. 8.
116. Conselho Nacional de Justiça. 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. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2010. p. 1.
117. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília;1988.
118. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. Brasília: Diário Oficial da União; 2015. p. 51.
119. Vieira FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: Que lições podem ser aprendidas? Brasília: IPEA; 2016.
120. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
121. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. p. 1.
122. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
123. Brasil. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Diário Oficial da União; 2017. p. 1.

124. Morais T. Comitê da Saúde delibera sobre transformação da Câmara Técnica de Saúde e discute propostas que serão levadas ao CNJ. João Pessoa: Tribunal de Justiça da Paraíba; 2017 [atualizado em 1 dez 2017; citado em 2019 mai. 5]. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/comite-da-saude-delibera-sobre-transformacao-da-camara-tecnica-de-saude-e-discute-propostas>.
125. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA: Modelo de Excelência em Gestão Pública. Versão 1/2014. Brasília: MP, SEGEP; 2014. 33 p.
126. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
127. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
128. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A, Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz; 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2009.
129. Pepe VLE, Acúrcio FA. Assistência Farmacêutica e demandas judiciais de medicamentos no Sistema Único de Saúde. In: FIOCRUZ. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro; 2014. p. 469.
130. Peixoto F. O impacto (custos) das ordens judiciais no orçamento público da saúde: SlidePlayer; 2015 [citado em 2019 jun. 2]. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/8624997/>.
131. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. 10ª edição do Prêmio Innovare; 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2013.
132. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>.
133. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>.

134. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos. Concurso de práticas exitosas 2011 X Congresso Nacional de Defensores Públicos; 15 a 18 de novembro, Centro de Convenções de Natal/RN. Brasília: ANADEP; 2011. p. 16.
135. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2012.
136. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais; 2016 [atualizado em 2016; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica-estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmacutica-no-Norte-de-Minas>.
137. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. 113 p.
138. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011. 186 p.
139. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev Adm Pública. 2014;48(5):16.
140. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestora Bipartite. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2016 [citado em 2019 mai. 18]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/cib/noticia/4700>.
141. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
142. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD - EnAPG; 18 a 20 de novembro de 2012, Salvador/BA. Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2012.

## Apêndices

**Apêndice 1.** Lista de verificação do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR).

Seção	Nº	PRISMA-SCR CHECKLIST item	RELATADO NA PÁGINA #
<b>Título</b>			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	1
<b>Abstrata</b>			
Resumo estruturado	2	Forneça um resumo estruturado que inclui (caso aplicável): antecedentes, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de gráficos, resultados e conclusões que se relacionam com as questões e objetivos da revisão	2
<b>Introdução</b>			
Lógica	3	Descreva o raciocínio para a revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as perguntas/objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	3
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita das questões e objetivos abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes utilizados para conceituar as questões de revisão e/ou objetivos.	3
<b>Métodos</b>			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; estado e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, forneça informações de registro, incluindo o número de registro.	4
Crítérios de elegibilidade	6	Especificar as características das fontes de evidência utilizadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e fornecer uma fundamentação.	4-6
Fontes de informação*	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bancos de dados com datas de cobertura e contato com os autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi executada.	6
Busca	8	Apresente a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos 1 banco de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de tal forma que possa ser repetido.	6 e Apêndice 2
Seleção de fontes de evidência†	9	Indique o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão de escopo.	4-6
Processo de mapeamento de dados‡	10	Descreva os métodos de traçar dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários ou formulários calibrados que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se os gráficos de dados foram feitos de forma independente ou em duplicado) e quaisquer processos para obter e confirmar dados pelos investigadores.	6
Itens de dados	11	Listar e definir todas as variáveis para as quais os dados foram procurados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	6
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência§	12	Se feito, forneça uma justificativa para a realização de uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descrever os métodos utilizados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	Não aplicado

Seção	Nº	PRISMA-SCR CHECKLIST item	RELATADO NA PÁGINA #
Síntese dos resultados	13	Descreva os métodos de manipulação e síntese dos dados que foram mapeados.	6
<b>Resultados</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	Fornecer números de fontes de evidência rastreadas, avaliadas quanto à elegibilidade, e incluídas na revisão, com motivos para exclusões em cada etapa, idealmente usando um diagrama de fluxo.	Diagrama de fluxo e Apêndice 3
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresentem características para as quais os dados foram mapeados e fornecem as citações.	8-10
Avaliação crítica dentro de fontes de evidência	16	Se feito, apresente dados sobre a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	Não aplicado
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados que se relacionam com as perguntas e os objetivos da revisão.	11-14
Síntese dos resultados	18	Resumir e/ou apresentar os resultados de gráficos como eles se relacionam com as perguntas e objetivos de revisão.	11-14
<b>Discussão</b>			
Resumo das provas	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidência disponíveis), vincule - se às perguntas e aos objetivos da revisão e considere a relevância para os grupos-chave.	14-20
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão de escopo.	20-21
Conclusões	21	Fornecer uma interpretação geral dos resultados em relação às questões de revisão e objetivos, bem como as implicações potenciais e/ou próximas etapas.	22
<b>Financiamento</b>			
Financiamento	22	Descrever fontes de financiamento para as fontes de evidência incluídas, bem como fontes de financiamento para a revisão de escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão do escopo.	Enviado à parte

JBI = Instituto Joanna Briggs; PRISMA-ScR = itens de relatórios preferidos para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo.

\* Onde são compiladas *fontes de evidência* (ver segunda nota de rodapé), tais como bases de dados bibliográficas, plataformas de redes sociais e *Web sites*.

† Um termo mais inclusivo/heterogêneo usado para dar conta dos diferentes tipos de evidências ou fontes de dados (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião de especialistas e documentos de política) que podem ser elegíveis em uma revisão de escopo, em oposição a apenas estudos. Isto não deve ser confundido com *fontes de informação* (ver primeira nota de rodapé).

‡ As estruturas de Arksey e O'Malley (6) e Levac e colaboradores (7) e a orientação do JBI (4, 5) referem-se ao processo de extração de dados em uma revisão de escopo como gráficos de dados.

§ O processo de examinar sistematicamente evidências de pesquisa para avaliar sua validade, resultados e relevância antes de usá-lo para informar uma decisão. Este termo é usado para os itens 12 e 19 em vez de "risco de viés" (que é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções) para incluir e reconhecer as várias fontes de evidência que podem ser usadas em uma revisão de escopo (por exemplo, quantitativa e/ou qualitativa investigação, opinião de peritos e documento de política).

**Fonte:** Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850

**Apêndice 2.** Estratégia de busca nas bases de dados

1. Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil, e no Banco de teses da Capes:

→ (judicialização OR judicialisation OR judicialization OR judicialización)

→ AND

→ (saúde OR salud OR health)

2. Outras fontes de literatura cinzenta

→ Judicia\* (lização OR is OR I)

→ AND

→ saúde

### Apêndice 3. Quadro das estratégias implementadas e dos documentos incluídos na revisão de escopo.

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
1	Ribeirão Preto/SP	2002	NI	SMS RP	Comissão de Análise de Solicitações Especiais <sup>(1, 2)</sup>	municipal	saúde	SMS, SES, MPE e HCFMRP - USP	sim
2	Ribeirão Preto/SP	2002	sim	SAD (SMS RP)	Visita domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (expansão das funções) <sup>(3, 4)</sup>	municipal	saúde	SMS (Divisão de enfermagem)	não
3	Campo Grande/MS	2005	NI	SES MS	Coordenadoria de Ação Judicial <sup>(5)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
4	Curitiba/PR	2005	sim	Setor de Medicamentos por Demanda Judicial do Cemepar (SES PR)	Fluxo de atendimento à determinação judicial para fornecimento de medicamentos <sup>(6-9)</sup>	estadual	saúde	SES (AF, Auditoria, Judicial) e PGE.	sim
5	São Paulo/SP	2005	não <sup>a</sup>	Plataforma digital (CODES)	Sistema de Controle Jurídico (SCJ) <sup>(10, 11)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
6	Vitória/ES	2006	sim	SES ES	Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) <sup>(12, 13)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
7	Belo Horizonte/MG	2007	sim	SES MG	Núcleo de Assessoria Técnica da SES MG (NAT/SES MG ou Assessoria Técnica) <sup>(14, 15)</sup>	estadual	saúde	SES e AGE	NI
8	Curitiba/PR	2007	sim	Cemepar e Regionais de Saúde	Plano Operacional <sup>(7, 8)</sup>	estadual	saúde	SES (AF, Auditoria, Judicial) e PGE.	NI
9	Ribeirão Preto/SP	2007	sim	SAD (SMS RP)	Visita domiciliar <sup>(3, 16)</sup>	estadual	saúde	SES (DRS XIII) e SMS	NI
10	Rio de Janeiro/RJ	2007	sim	Sede própria da CADJ	Sistema de Pedido Administrativo (realizado no CADJ) <sup>(17-19)</sup>	estadual	saúde	SES, PGE, PGM, DPE e SMS	NI
11	São Paulo/SP	2007	sim	Plataforma digital (CODES)	Relatório Técnico CODES <sup>(10, 11, 20)</sup>	estadual	saúde	SES	NA
12	São Paulo/SP	2007	NI	DPE SP	Triagem Farmacêutica <sup>(11, 21)</sup>	estadual	direito público	DPE e SES	sim
13	Vitória/ES	2007	sim	Rede estadual e/ou convênios com instituições públicas e/ou filantrópicas	Centros de Referência (Auditoria clínica) <sup>(12, 13)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
14	Vitória/ES	2007	NI	SES ES	Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES) <sup>(12, 13, 22)</sup>	estadual	saúde	SES, TJE, MPE, DPE, PGE, Cosems e Conass-ES	sim
15	Vitória/ES	2007	sim	SES ES	Núcleo de Mandados Judiciais (2017) <sup>(12)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
16	Vitória/ES	2007	sim	Farmácia cidadã (SES ES)	Projeto Farmácia Cidadã <sup>(6, 12)</sup>	estadual	saúde	SES e SMS	não

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
17	Rio de Janeiro/RJ	2007	sim <sup>b</sup>	DPE RJ	Central de Atendimento à Demanda Judicial (CADJ) (Central Única ou Central de Mandados) <sup>(19, 23)</sup>	estadual	saúde	SES e SMS	NI
18	São Paulo/SP	2008	NI	CODES (SES SP)	Núcleo de Inteligência <sup>(24)</sup>	estadual	saúde	SES, PGE, SSP, Secretaria da Fazenda SP, Corregedoria Geral da Administração Pública SP	NI
19	São Paulo/SP	2008	sim	CODES (SES SP)	8ª Subprocuradoria, da Procuradoria Judicial, da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo (PJ 8) <sup>(10, 11, 25)</sup>	estadual	direito público	PGE e SES	não
20	Belo Horizonte/MG	2009	NI	SES MG	Fundo Estadual de Saúde (FES MG) <sup>(15, 26)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
21	Brasília/DF	2009	sim	Plataforma digital (DAF SCTIE)	Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica (Hórus) <sup>(27, 28)</sup>	federal	saúde	Ministério da Saúde, Conass e Conasems	NI
22	Mauá/SP	2009	NI	Setor de ação judicial da AF (SMS Mauá)	Setor de Ação Judicial da Assistência Farmacêutica <sup>(29)</sup>	municipal	saúde	SMS (AF e AJ) - sim	NI
23	Natal/RN	2009	NI	Sede PGU RN	Comitê Interinstitucional de Resoluções Administrativas de Demandas da Saúde (CIRADS) <sup>(30-32)</sup>	federal	direito público	PGU, DPU, PGE, PGM, SES e SMS; DPE (termo aditivo)	sim
24	Porto Alegre/RS	2009	sim	Secretaria dos Núcleos DPE RS	Ação de Planejamento Sistêmico com Foco na Saúde <sup>(33, 34)</sup>	estadual	direito público	DPE (NUDES) e SES	NI
25	Rio de Janeiro/RJ	2009	sim	TJF RJ	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) <sup>(17, 19, 35, 36)</sup>	federal	judiciário	TJF e SES	NI
26	São Paulo/SP	2009	não <sup>c</sup>	PAM Várzea do Carmo <sup>d</sup>	Atendimento Administrativo <sup>(11, 25, 37, 38)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
27	Três Rios/RJ	2009	NI	SMS Três Rios	Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (Napass) (Câmara Técnica) <sup>(39, 40)</sup>	municipal	saúde	SMS e PGM	não
28	Porto Alegre/RS	2010	sim	TJ RS	Comitê Executivo Estadual da Saúde <sup>(33, 34)</sup>	estadual	judiciário	TJE, TJF, MPF, MPE, DPE, DPF, AGU, PGE, PGM, OAB, SES, SMS, Federação das Associações dos Municípios, COSEMS, CRM, CRF, CONASS, CNM, Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde RS, Associação	sim

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
								Brasileira de Medicina de Grupo, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, UNIMED Federação e UNIMED Porto Alegre, Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul. (18 instituições)	
29	São Paulo/SP	2010	sim	Plataforma digital (CODES)	S-CODES <sup>(20, 41)</sup>	estadual	saúde	Conass, Conasems, SES e MS (consultoria jurídica e DATASUS)	NI
30	Araguaína/TO	2011	sim	SMS Araguaína	Núcleo de Apoio Técnico Municipal de Araguaína (NAT Municipal) <sup>(42-45)</sup>	municipal	saúde	SMS, 2ª Vara da Fazenda Araguaína, TJE, Ouvidoria do SUS, MPE e DPE	NI
31	Araguaína/TO	2011	sim	Ouvidoria do SUS Araguaína	Resolução Administrativa de Conflitos <sup>(43, 44)</sup>	municipal	saúde	SMS	NI
32	Belo Horizonte/MG	2011	NI	Sede DPE MG	Cooperação Técnica Núcleo da Defensoria especializada da saúde <sup>(15, 46, 47)</sup>	estadual	direito público	DPE, SES e SMS	sim
33	Brasília/DF	2011	sim	Secretaria Executiva da Conitec (Ministério da Saúde)	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (Conitec) <sup>(48)</sup>	federal	saúde	Ministério da Saúde, MP, AGU e Poder Judiciário.	NI
34	Brasília/DF	2011	sim	SES DF	Núcleo de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal <sup>(49)</sup>	estadual	saúde	SSDF	NI
35	Campo Grande/MS	2011	sim	TJ MS	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus 2016) <sup>(50)</sup>	estadual	judiciário	TJE, SES e SMS	sim
36	Curitiba/PR	2011	sim	TJF PR	Comitê Executivo de Saúde do Paraná <sup>(7)</sup>	federal	judiciário	TJF, TJE, MPF, MPE, OAB, SES, DPU, PGE, AGU, CRM, HC-UFPR, entre outros	sim
37	Recife/PE	2011	sim	Fórum Desembargador Rodolfo Aureliano	Núcleo de Assistência Técnica em Saúde (NAT-JUS) de Pernambuco <sup>(51)</sup>	estadual	judiciário	TJE e SES	sim
38	São Luís/MA	2011	sim	Gabinete do juiz coordenador	Comitê Executivo do Estado do Maranhão <sup>(52, 53)</sup>	estadual	judiciário	TJE, 2ª Vara da Fazenda, 15ª Vara Cível, TJF, PGE, PGJ, OAB, DPE, Procon-MA, Anvisa, SES e NATJUS.	sim

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
39	Belo Horizonte/MG	2012	sim	MPE MG	Mediação Sanitária <sup>(54)</sup>	estadual	direito público	MPE (CAOSAUDE) e SES	NI
40	Belo Horizonte/MG	2012	não <sup>e</sup>	HC UFMG	Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital das Clínicas (2012 a 2014) <sup>(55)</sup>	estadual	saúde	SES	sim
41	João Pessoa/PB	2012	não <sup>f</sup>	Fórum Juiz Federal Ridalvo Costa Paraíba	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>(50)</sup>	estadual	judiciário	TJE (Comitê Executivo da Paraíba), SES e SMS	NI
42	Lages/SC	2012	NI	Espaço cedido pela prefeitura de Lages	Núcleo de Conciliação de Demandas em Saúde <sup>(43, 56-58)</sup>	estadual	judiciário	Vara da Fazenda TJ, Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS/AMURES); DPE, OAB; PGE, PROGEM, SMS, SES (SDR e 27ª Gerência Regional de Saúde)	sim
43	Natal/RN	2012	sim	Sede DPE RN	SUS Mediado Natal <sup>(59-63)</sup>	estadual	direito público	DPE, PGE, PGM, DPU, SES e SMS	sim
44	Palmas/TO	2012	sim	TJF TO	Comitê Executivo para Monitoramento das Ações de Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS-TO) <sup>(42, 45, 64)</sup>	federal	judiciário	TJF, TJE, DPE, DPU, MPE, MPU, SES, SMS, CRM, CRF, Unimed, Sindicato dos médicos, AGU e Universidade Federal do Tocantins	sim
45	Porto Alegre/RS	2012	sim	Comitê Executivo Estadual da Saúde RS	Utilização do Sistema de Administração de Medicamentos (AME) <sup>(34, 65)</sup>	estadual	judiciário	Comitê Executivo Estadual da Saúde RS, SES e SMS	NI
46	Porto Alegre/RS	2012	sim	DMJ (TJ RS)	Departamento Médico Judiciário (DMJ) <sup>(66)</sup>	estadual	judiciário	TJE	sim
47	Rio de Janeiro/RJ	2012	sim	Sede própria do CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) <sup>(17, 19, 59, 67)</sup>	estadual	direito público	DPE, SES, DPU, TJE, PGE, PGM e SMS	NI
48	Salvador/ BA	2012	sim	TJ BA	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) (2017) <sup>(68-70)</sup>	estadual	judiciário	TJE, TRF e União	NI
49	São Paulo/SP	2012	sim	SES SP	Comissão de Farmacologia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo <sup>(37, 38, 71)</sup>	estadual	saúde	SES (CVS e CTIES), CRF, CRM, COREN	sim
50	São Paulo/SP	2012	sim	Varas da fazenda (TJ)	Triagem Farmacêutica no Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFAZ) <sup>(25, 72)</sup>	estadual	judiciário	TJE e SES	NI
51	Brasília/DF	2013	sim	Hospital da Rede SUS e Hospital de Base	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) <sup>(43, 59, 62, 73)</sup>	estadual	saúde	SSDF e DPDF	sim
52	Franca/SP	2013	sim	Farmácia CEAF	Transferência de cidadãos da farmácia de atendimento judicial para farmácias de	estadual	saúde	SES (DRS VIII)	não

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
					medicamentos especializados da Assistência Farmacêutica <sup>(74)</sup>				
53	Maceió/AL	2013	sim	Sede SES AL	Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS) <sup>(75, 76)</sup>	estadual	saúde	SES e SMS	sim
54	Palmas/TO	2013	sim	Sede da Corregedoria Geral de Justiça TO	NAT Estadual (NAT-JUS Estadual -TO) <sup>(42, 45, 77)</sup>	estadual	saúde	SES e TJ	NI
55	Rio de Janeiro/RJ	2013	sim	Plataforma digital (CRLS)	Sistema Câmara de Saúde <sup>(19)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
56	Belém/PA	2014	sim	TJE PA	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde (CIRADS) <sup>(78)</sup>	estadual	judiciário	TJE, MPE, DPE, TRF 1ª Região, MPF, DPU, AGU, PGE, Semaj, SES, SMS, COSEMS	sim
57	Belo Horizonte/MG	2014	sim	SES MG	Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) <sup>(26, 54)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
58	Recife/PE	2014	sim	NI	Núcleo de Ações Judiciais (NAJ) <sup>(51)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
59	Uberlândia/MG	2014	não	NI	Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Uberlândia (CIRDS) <sup>(79)</sup>	municipal	saúde	SMS (assessoria jurídica), MS, SES, OAB, DPU, MPF e TJF	sim
60	Cantagalo/RJ	2015	NI	DPM Cantagalo	Atendimento Extrajudicial na Saúde Pública <sup>(80)</sup>	municipal	direito público	DPM e SMS Cantagalo	NI
61	Curitiba/PR	2015	sim	PGE PR	Procuradoria de Saúde Paranaense <sup>(7, 81)</sup>	estadual	direito público	PGE	não
62	Macapá/AP	2015	sim	Anexo à sede da SES AP	Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (NOAT) <sup>(82)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
63	Maceió/AL	2015	sim	NIJUS (SES AL)	Subunidade de Licitações, Contratos e Convênios da Procuradoria Geral do Estado (PGE) <sup>(83)</sup>	estadual	direito público	PGE e SES	NI
64	São Luís/MA	2015	NI	DPE MA	Portal de Atenção à Saúde (PAS) <sup>(84, 85)</sup>	estadual	direito público	DPE, DPU, SES, SMS, PGE e PGM	NI
65	Vitória/ES	2015	NI	SES ES	Projeto Gestão Estratégica da Judicialização <sup>(86)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
66	Fortaleza/ CE	2016	sim	Via eletrônica (TJE CE)	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) <sup>(87, 88)</sup>	estadual	judiciário	TJE, SES e SMS, HU-UFCE	sim

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Ativo	Local de atendimento	Denominação da estratégia	Esfera de governo	Área responsável pela iniciativa	Acordos interinstitucionais	Acúmulo das atividades laborais
67	Macapá/AP	2016	sim	Fórum da comarca de Macapá (TJ AP)	Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS) <sup>(89, 90)</sup>	estadual	judiciário	TJE, TJF, SES e SMS	NI
68	Maceió/AL	2016	sim	Sede TJ AL	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>(91)</sup>	estadual	judiciário	TJE	sim
69	Natal/RN	2016	sim	TJF RN	NAT-Jus Rio Grande do Norte <sup>(92)</sup>	federal	judiciário	TJF, TJE, SES, SMS e EBSERH/Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)	NI
70	Palmas/TO	2016	sim	SMS Palmas	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus) de Palmas <sup>(45)</sup>	municipal	saúde	SMS e TJE	NI
71	São Paulo/SP	2016	sim	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Maria Zélia	Serviços de Triagem e Orientação Farmacêutica e Nutricional (Acessa SUS) <sup>(93- 95)</sup>	estadual	saúde	SES, TJE, DPE, MPE	NI
72	Vitória/ES	2016	sim	Plataforma digital (DPE ES)	Procedimento Extrajudicial de Saúde (Sistema PES) <sup>(96)</sup>	estadual	direito público	DPE e SES	NI
73	Belém/PA	2017	sim	TJE PA	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS Pará) <sup>(78)</sup>	estadual	saúde	SES e TJE	sim
74	Brasília/DF	2017	sim	Plataforma digital (CNJ)	Cadastro Nacional de Pareceres, Notas e Informações Técnicas (e-NAT-Jus) <sup>(97)</sup>	federal	judiciário	CNJ, MS (Proadi-SUS)	NA
75	Campo Grande/MS	2017	sim	TJ MS	Comitê Estadual do Fórum do Judiciário para a Saúde <sup>(5, 98)</sup>	estadual	judiciário	TJE, TRJ, MPF, MPE, DPU, DPE, Procon, OAB, PGE, PGM, COSEMS, Hospitais da Capital, NAT, SES e SMS, CRM, CRF, Saúde suplementar.	sim
76	Palmas/TO	2017	sim	Superintendência de assuntos jurídicos	Núcleo de Demandas Judiciais <sup>(42)</sup>	estadual	saúde	SES	NI
77	Campo Grande/MS	2018	sim	Assessoria de Demandas Judiciais na SES MS	Cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica <sup>(98, 99)</sup>	estadual	saúde	SES e PGE	NI
78	Vitória/ES	2018	sim	Plataforma digital (SES ES)	Portal Eletrônico de Intimação Judicial <sup>(100, 101)</sup>	estadual	saúde	SES e TJE	NI

**Legendas:** <sup>a</sup> substituído pelo S-CODES; <sup>b</sup> atendimento transferido para a CRLS; <sup>c</sup> substituído pelo Acessa SUS; <sup>d</sup> transferido para o AME Maria Zélia; <sup>e</sup> contrato válido somente para a saúde suplementar; <sup>f</sup> substituído pelo NAT-Jus (2018); NI – não informado. SMS – Secretaria Municipal de Saúde; RP – Ribeirão Preto; SES – Secretaria Estadual de Saúde; MPE – Ministério Público Estadual; HCFM – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina; USP – Universidade de São Paulo; CEMEPAR – Centro de Medicamentos do Paraná; AF – Assistência Farmacêutica; PGE – Procuradoria Geral do Estado;

CODES – Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS; AGE – Advocacia Geral do Estado; SUS – Sistema Único de Saúde; DRS – Departamento Regional de Saúde; CADJ – Central de Cumprimento dos Recursos Judiciais; DPE – Defensoria Pública do Estado; DPF – Defensoria Pública Federal; TJE – Tribunal de Justiça do Estado; CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; COSEMS – Conselho Municipal de Saúde; CONASS – Conselho Nacional das Secretarias de Saúde; DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica; SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; PGU – Procuradoria Geral da União; DPU – Defensoria Pública da União; PGM – Procuradoria Geral do Município; NUDES – Núcleo da Defensoria Pública da Saúde; PAM – Posto de Atendimento Médico; TJF – Tribunal de Justiça Federal; MPF – Ministério Público Federal; OAB – Ordem dos Advogados do Brasil; CNM – Confederação Nacional dos Municípios; SSDF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal; CAO SAÚDE – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Defesa da Saúde; PROGEM – Procuradoria Geral do Município – Lages; CVS – Centro de Vigilância Sanitária; CCTIES – Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde; CRF – Conselho Regional de Farmácia; CRM – Conselho Regional de Medicina; COREN – Conselho Regional de Enfermagem; SSDF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal; DPDF – Defensoria Pública do Distrito Federal; CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; SEMAJ – Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos; NIJUS – Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde; HU-UFCE - Hospital Universitário – Universidade Federal do Ceará; EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; PROCON – Programa de Proteção de Defesa do Consumidor; NAT – Núcleo de Avaliação de Tecnologias; PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS; NAT-Jus – Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário.

Dados conferidos em março/2019.

### Referências do apêndice 3

1. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, *et al.* Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
2. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
3. Secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ribeirão Preto: Prefeitura da cidade de Ribeirão Preto; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/i16indice.php>.
4. Mauad MLME, Tanaka NYY, Fazan WC. Protocolo inicial da comissão de análise de solicitações especiais para dieta enteral. In: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 122.
5. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
6. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2013;ano I(1):82.
7. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na secretaria de Estado da saúde do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
8. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília: CONASS; 2005. p. 140.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência Farmacêutica. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008.
10. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, *et al.* Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de

Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.

11. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. Salvador: Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado; 2011 [citado em 2019 abril 6]. [Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>].
12. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. III Congresso CONSAD de Gestão Pública; 15 a 17 de março de 2010. Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2010. p. 31.
13. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Congresso CONSAD de Gestão Pública; 6 a 8 de maio de 2009. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2009. p. 24.
14. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD - EnAPG; 18 a 20 de novembro de 2012, Salvador/BA. Maringá: Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração; 2012.
15. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2012.
16. Chayamiti EMPC (Coord). Manual do serviço de atenção domiciliar. 2ª revisão. Ribeirão Preto: Secretaria municipal da saúde de Ribeirão Preto; 2018. 64 p.
17. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.
18. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
19. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS – 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.

20. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-CODES: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. 2010;7(84):12.
21. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A, Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz; 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2009.
22. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador; 2007. p. 5.
23. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: A perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2008.
24. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. VIII edição do Prêmio Innovare; 15 de dezembro de 2011. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro 2011.
25. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no Estado de São Paulo. Cad Ibero-amer Dir Sanit. 2017;6(1):19.
26. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
27. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública. 2012;46:91-9.
28. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. Sistema Hórus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/sistema-horus/sobre-o-sistema>.
29. Garofalo G, Baseio C, Campos L, Alonso MS. Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 102.
30. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
31. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem

burocracia e acesso do preso à Justiça; 3 de dezembro de 2010. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2010.

32. Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte. CIRADS. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2009 [atualizado em 2013; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046).

33. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

34. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.

35. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2012.

36. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

37. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>.

38. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirotta KCM, Venâncio SI, Derbli M, *et al.* Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 344 p.

39. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>.

40. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>.

41. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: Sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e

Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

42. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2016.
43. Asensi FD, Pinheiro R (Coord.). Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p
44. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína/TO. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. 2013;2(2):19.
45. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins – CEMAS. Palmas: Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://wwa.tjto.jus.br/saude/>.
46. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos. Concurso de práticas exitosas 2011 X Congresso Nacional de Defensores Públicos; 15 a 18 de novembro, Centro de Convenções de Natal/RN. Brasília: ANADEP; 2011. p. 16.
47. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais; 2016 [atualizado em 2016; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica-estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmaceutica-no-Norte-de-Minas>.
48. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Supl. 4):18.
49. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
50. Costa IC. Judicialização da saúde e a Câmara Técnica de Saúde no Tribunal de Justiça da Paraíba. Guabira: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
51. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
52. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.

53. Tribunal de Justiça do Maranhão. Portaria-GP nº 683/2018. Dispõe sobre a composição da Comissão do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. São Luís: Tribunal de Justiça do Maranhão; 2018. p. 1.
54. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
55. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
56. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
57. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. Lages: Prefeitura de Lages; 2015 [atualizado em 23/03/2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.
58. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde. Brasília: CNJ; 2015 [atualizado em 08 mai 2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://cnj.ius.br/noticias/cnj/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>.
59. Sant'Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017.
60. Júnior LMRR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2017.
61. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no sistema único de saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
62. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN). Brasília: Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília; 2017.
63. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolutividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. Natal: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>.

64. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no Tocantins para a minimização da judicialização da saúde. Revista ESMAT. 2016;8(11):27.
65. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A Defensoria. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>.
66. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.
67. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
68. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>.
69. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico; 2017.
70. ASCOM do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.
71. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2012. p. 15.
72. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. 10ª edição do Prêmio Innovare; 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2013.
73. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
74. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016;Ano IV(4):192.

75. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima-UFRR*. 2015;5(2):25.
76. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria nº 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas; 2013. p. 1.
77. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
78. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. Belém: Tribunal de Justiça do Estado do Pará; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>.
79. Macedo MB. *A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde.* Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
80. Galliez MS. *Atuação extrajudicial na Saúde Pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. XII edição do Prêmio Inovare; 1º de dezembro de 2015.* Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Inovare; 2015.
81. Faglioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
82. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. Macapá: Secretaria da Saúde do Estado do Amapá; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>.
83. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o Judiciário sobre as demandas dos alagoanos. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas; 2015
84. Nunes HEN. *A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão.* São Luís: Universidade CEUMA; 2016.
85. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à saúde. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão; 2015 [atualizado em 8 de junho de 2015 citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>.

86. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo; 2018.
87. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. Revista de Investigações Constitucionais. 2018:21.
88. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. Fortaleza: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/saude/>.
89. Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. TJAP inaugura Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para demandas da saúde Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2016 [atualizado em 18 nov 2016; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/5648-justica-do-amapa-inaugura-nucleo-de-apoio-tecnico-judic...>
90. Assessoria de Comunicação Social. NAT-JUS: Juízes do Amapá contam com corpo técnico especializado para emitir decisões sobre processos relativos à saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2017 [atualizado em 16 mai 2017; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/6228-nat-jus-juizes-do-amapa-contam-com-corpo-tecnico-especializado-para-emitir-decisoes-sobre-processos-relativos-a-saude.html>.
91. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas; 2016. p. 3.
92. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN. Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte; 2016 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>.
93. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica).
94. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.
95. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118).

96. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. 14ª edição do Prêmio Innovare; 5 de dezembro de 2017. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2017. p. 2.
97. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2017.
98. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus. Campo Grande: Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjms.jus.br/nat/>.
99. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução nº 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande: Diário Oficial do Estado; 2018. p. 1.
100. Tribunal de justiça do Estado do Espírito Santo. Ato normativo conjunto Nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo; 2018. p. 3.
101. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Notícia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>

## 5.2 Artigo 2 – Categorização e análise das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo

Foi inserida nesta tese a versão em língua portuguesa do artigo “*Strategies implemented by public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review*” a fim de facilitar a leitura e a divulgação dos achados.

Ele foi formatado de acordo com as normas da revista publicada pela *Frontiers*.

**Revista:** *Frontiers in pharmacology*

**Versão online:** 1663-9812

**Fator de impacto calculado pelo *Journal Citation Reports* (2018):** 3,845

**Classificação Webqualis/Capes quadriênio 2013-2016:** A1

**Área:** Farmácia

**Nota:** Páginas eletrônicas acessadas em 16/02/2020.

O artigo foi publicado em 30/07/2020, <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01128>. Maiores informações sobre sua submissão na revista, encontram-se no **Anexo C**.

## **Categorização e análise das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil: revisão sistemática de escopo**

**Sueli Miyuki Yamauti<sup>1</sup>, Jorge Otavio Maia Barreto<sup>2</sup>, Silvio Barberato-Filho<sup>1</sup>, Luciane Cruz Lopes<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil

**\* Correspondência:**

Prof. Luciane Cruz Lopes

[luciane.lobes@prof.uniso.br](mailto:luciane.lobes@prof.uniso.br)

**Palavras-chaves:** Brasil <sup>1</sup>, judicialização da saúde <sup>2</sup>, organização e administração <sup>3</sup>, saúde pública <sup>4</sup>, litígios <sup>5</sup>, sistema de justiça <sup>6</sup>, assistência à saúde <sup>7</sup>, sistema de saúde <sup>8</sup>.

## RESUMO

### Introdução:

A judicialização da saúde é uma reivindicação social à saúde que pode aprofundar as inequidades ao seu acesso. As instituições de saúde e do jurídico têm-se reorganizado para atender tais demandas no Brasil. Todavia, as estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde, ainda não foram sistematizadas em categorias funcionais.

### Objetivos:

Categorizar e analisar as estratégias implementadas por instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde.

### Método:

Elaborou-se a revisão sistemática de escopo seguindo o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs. Buscou-se por estudos em 18 bases eletrônicas e por outros tipos de documentos na literatura cinzenta até março de 2019, utilizando-se o descritor “judicialização da saúde”. Foram incluídos documentos contendo relatos de estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil. Dois revisores avaliaram de forma independente a elegibilidade dos documentos e extraíram os dados. As estratégias encontradas foram categorizadas utilizando-se definições da Organização Mundial da Saúde e de dispositivos legais do Brasil.

### Resultados:

Identificou-se 78 estratégias implementadas que foram distribuídas em nove categorias: i. Apoio técnico ao judiciário, ii. Comitê estadual da saúde, iii. Organização da assistência, iv. Cumprimento das decisões judiciais, v. Sistema informatizado de informações, vi. Processo administrativo, vii. Defesa do ente público, viii. Comissão de farmácia e terapêutica e ix. Métodos de solução consensual de conflitos. No geral, as categorias propostas possuem algumas atividades em comum e atuam em conjunto ou de forma complementar. Elas representam serviços, existentes e/ou previstos em dispositivos legais, prestados pela Administração Pública para atender diversos tipos de demandas.

### Conclusões:

As categorias propostas para abordar a judicialização da saúde refletem algumas das recomendações para qualificar a Administração Pública e/ou estão previstas em dispositivos legais brasileiros. Isso facilita, embora não garanta, a implementação dessas estratégias em instituições públicas.

## 1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde, principalmente na América Latina e no Caribe, pode ser considerada como uma reivindicação social a uma necessidade premente, por bens ou cuidados em saúde, não atendida pelo sistema de saúde devido a várias razões, tais como: falta de cobertura de saúde, limitações ou desigualdade no acesso à saúde, e falta de qualidade da prestação de serviços (1).

No Brasil, a judicialização da saúde surgiu com o ativismo de pessoas que convivem com o vírus HIV que demandavam tratamento medicamentoso (2). Isso aconteceu logo após a promulgação da Constituição Federal (1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (1990), onde pela primeira vez o governo brasileiro considerava a saúde como um direito fundamental de quem mora no país. (3, 4)

O SUS é sua principal política de saúde e uma das maiores políticas de inclusão social do mundo. Oferece atendimento universal e abrangente a todas as pessoas, sem distinção, a fim de garantir o acesso aos cuidados de saúde. A participação social é um fator importante para a construção do SUS e para a redução das iniquidades (5, 6).

No entanto, no Brasil, a reivindicação desses direitos por meio da judicialização da assistência à saúde pode aprofundar as desigualdades no acesso à assistência em saúde (7), pois, quando as causas são evitáveis, ela tem impacto negativo sobre instituições públicas de saúde e do jurídico, tais como, aumento na quantidade de serviços, nos custos com os processos judiciais, nos gastos com tecnologias em saúde que deveriam estar disponíveis ao cidadão ou que poderiam ter sido intercambiadas por seu equivalente existente na rede pública. Também gera multas, sequestro de verbas e prisão de gestores devido ao não cumprimento das decisões judiciais (2, 8-10).

Isso faz com que os fluxos no atendimento ao público nessas instituições sejam reorientados dando prioridade às demandas judiciais e, conseqüentemente, dificultando a racionalidade sistêmica no acesso aos cuidados de saúde (2, 7, 10).

A Administração Pública, movida por pressões para a ampliação de serviços e tecnologias tem-se reorganizado institucionalmente para atender tais demandas (10). As estratégias para abordar a judicialização no Brasil, implementadas em instituições públicas tanto da área jurídica quanto da saúde, ainda não foram categorizadas quanto à sua organização e funcionamento.

Esta é uma das duas revisões de escopo realizadas para analisar as estratégias implementadas por instituições públicas tanto da área da saúde quanto do jurídico para abordar judicialização da saúde no Brasil. A primeira mapeou e caracterizou as estratégias que foram implementadas em instituições públicas, tanto da área de saúde quanto do jurídico, para abordar a judicialização da saúde. No entanto, o objetivo desta revisão é categorizar e analisar as estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde.

## 2 MÉTODO

Esta revisão de escopo utilizou as diretrizes do Instituto Joanna Briggs sobre a condução de revisões sistemáticas de escopo (11, 12), as orientações para a elaboração de sínteses narrativas para revisões sistemáticas, produzida por Popay et al. (13) e a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (14), **Apêndice 1**.

### 2.1 Critérios de elegibilidade

#### 2.1.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram analisados estudos primários e secundários, independentemente de seu desenho ou status de publicação; resumos e apresentações em eventos científicos; boletins e relatórios administrativos; e notícias na *internet*.

Incluíram-se os documentos que descreviam quaisquer tipos de estratégias institucionais, tanto nas áreas da gestão da saúde, quanto na jurídica<sup>1</sup>, implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

Foram excluídos das análises, os documentos que apenas: i. descreveram ou caracterizaram a judicialização da saúde, de acordo com o tipo de ação, as características dos atores envolvidos, número de ações judiciais etc.; ii. analisaram as ações judiciais sob o ponto de vista das necessidades dos demandantes; iii. sugeriram estratégias que não foram implantadas; iv. citavam o nome de uma estratégia

---

<sup>1</sup> No Brasil, a área jurídica ou o sistema de justiça é composto principalmente por juízes e Tribunais de Justiça pertencentes ao Poder Judiciário, responsáveis por julgar ações judiciais, e as funções essenciais da justiça, que são compostas pelo Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública responsável pela defesa do patrimônio público, dos cidadãos mais vulneráveis e das instituições públicas, respectivamente. (In: Campos AG. Sistema de justiça no Brasil: problemas de equidade e efetividade. Brasília: IPEA; 2008.)

implementada, sem informações suficientes para caracterizá-la; v. relatavam estratégias utilizadas por advogados, Defensoria e/ou Ministérios Públicos com o intuito de judicializar as demandas da saúde.

### 2.1.2 Conceitos

Considerando os objetivos desta revisão, foram utilizados os conceitos a seguir:

*Judicialização da saúde*: Fenômeno multifacetado, presente semelhantemente na América Latina e no Caribe, onde uma ação judicial é movida contra a Administração Pública devido às lacunas na política de saúde e/ou falhas em sua execução (15) a fim de garantir o direito à saúde aos cidadãos, de forma individual ou coletiva. Ela abrange qualquer solicitação por bens ou tecnologias de saúde, ou seja, medicamentos, equipamentos e procedimentos, materiais, internações, atendimento médico, programas e protocolos assistenciais (16) insumos importantes para a prestação de assistência e de cuidados à população para minimizar ou solucionar doenças ou agravos à saúde (17). No entanto, ela não inclui litígios contra o ato médico ou negligência médica, pelo direito à morte ou no fim da vida, pelos direitos reprodutivos de mulheres ou pelo direito ao aborto e ações judiciais por hospitalização compulsória. No Brasil, a decisão judicial é, quase sempre, positiva ao autor da ação judicial (18).

*Estratégia*, em sistemas de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) representa “uma série de ações destinadas a atingir um conjunto de metas e objetivos estabelecidos dentro de uma política ou um programa de governo” (19). Ela difere da *intervenção* que é definida como “uma atividade ou conjunto de atividades destinadas a modificar um processo, curso de ação ou sequência de eventos, a fim de alterar uma ou várias de suas características, como desempenho ou resultado esperado” (19).

Embora estratégia e intervenção sejam atividades distintas, na literatura sobre políticas de saúde, há prevalência no uso da palavra estratégia e os artigos sobre o tema, utilizam uma em detrimento da outra.

Portanto, nesta revisão adotou-se o termo estratégia para definir toda e qualquer atividade, ação, experiência ou prática, profissional ou do serviço, implementada em instituições públicas com o objetivo de abordar a judicialização da saúde.

### 2.1.3 Contexto e instituições envolvidas

As instituições públicas que lidam com a judicialização da saúde, tanto da área da saúde quanto do jurídico, têm aumento nas demandas por serviços e nos gastos públicos (18, 20-22). Isso, pode comprometer o atendimento a todos os usuários e, também pode desestruturar administrativa e financeiramente essas instituições (2, 23).

Conseqüentemente, elas são obrigadas a se reorganizar e realocar os recursos destinados a outros fins para atender às demandas judiciais por tecnologias de saúde (2, 10).

A fim de contornar tais problemas, várias instituições públicas criaram suas próprias estratégias para evitar ou minimizar a judicialização da saúde, porém, não existe uma categorização que possa ser utilizada para realizar estudos mais aprofundados sobre o assunto.

## 2.2 Estratégia de busca

Os termos do descritor brasileiro “judicialização da saúde” (24) foram utilizados na estratégia de busca de forma livre e combinados, **Apêndice 2**.

## 2.3 Fontes de informações

A busca foi realizada desde os primeiros dados cadastrados em cada base de informações até março de 2019, sem limites para idioma, mas, limitou-se ao Brasil. Utilizando-se as seguintes bases eletrônicas de informações:

1. *OneFile, Scopus, Social Sciences Citation Index, Expanded Sciences Citation Index (Web of Science), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Sociological Abstracts, MEDLINE/PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciELO Brazil, JSTOR Archival Journals, NDLTD Union Catalog, SAGE Journals and Publications, Science Direct Journals and Books, Elsevier, Oxford Journals, Materials Science & Engineering Database, Cambridge Journals, e Dialnet.*

As buscas nessas bases, foram realizadas via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (Portal CAPES) <sup>2</sup>.

2. Endereços eletrônicos de literatura cinzenta: Banco de Teses da CAPES e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) via Portal CAPES, Conselho Federal de Farmácia, Instituto Inovare, Escola Nacional de Administração Pública, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Justiça e sítios eletrônicos de prêmios promovidos por órgãos públicos na área da saúde, jurídico e administrativo para fomentar a divulgação de práticas exitosas.

## **2.4 Outros recursos de busca**

A falta de detalhamento das estratégias em relatórios sobre intervenções é um fato previsto e descrito por Popay et al. (13). Portanto, para contornar este problema, realizou-se busca manual a partir das referências e das citações existentes nos documentos selecionados para localizar estratégias não identificadas na busca original e complementar as informações daquelas com dados insuficientes para a extração de dados.

Também foram escrutinados os endereços eletrônicos dos Tribunais de Justiça, secretarias de saúde municipal ou estadual, Procuradorias de Justiça, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos, Ministério da Saúde, e outras instituições que implementaram estratégias de interesse para esta revisão.

## **2.5 Processo de seleção dos estudos**

A seleção dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes (SMY e LCL)<sup>3</sup> de acordo com os critérios de elegibilidade e os desacordos foram resolvidos por consenso.

---

<sup>2</sup> O Portal CAPES tem acesso gratuito a periódicos e bancos de dados de diferentes áreas do conhecimento, atua como meta-pesquisador e está disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

<sup>3</sup> SMY- Sueli Miyuki Yamauti; LCL – Luciane Cruz Lopes

## 2.6 Extração de dados

Os revisores foram calibrados extraíndo pelo menos três artigos, e então foi realizado o consenso. Esse procedimento ocorreu até que os revisores conseguissem extrair os dados que identificavam:

- Artigo (autores, ano de publicação, título e tipo de publicação);
- Estudo (cidade/Estado, ano de implementação e nome da estratégia adotado pela instituição responsável por sua implementação);
- Estratégia (objetivos, como ela funciona na prática e resultados).

## 2.7 Categorização dos achados, análise e síntese dos resultados

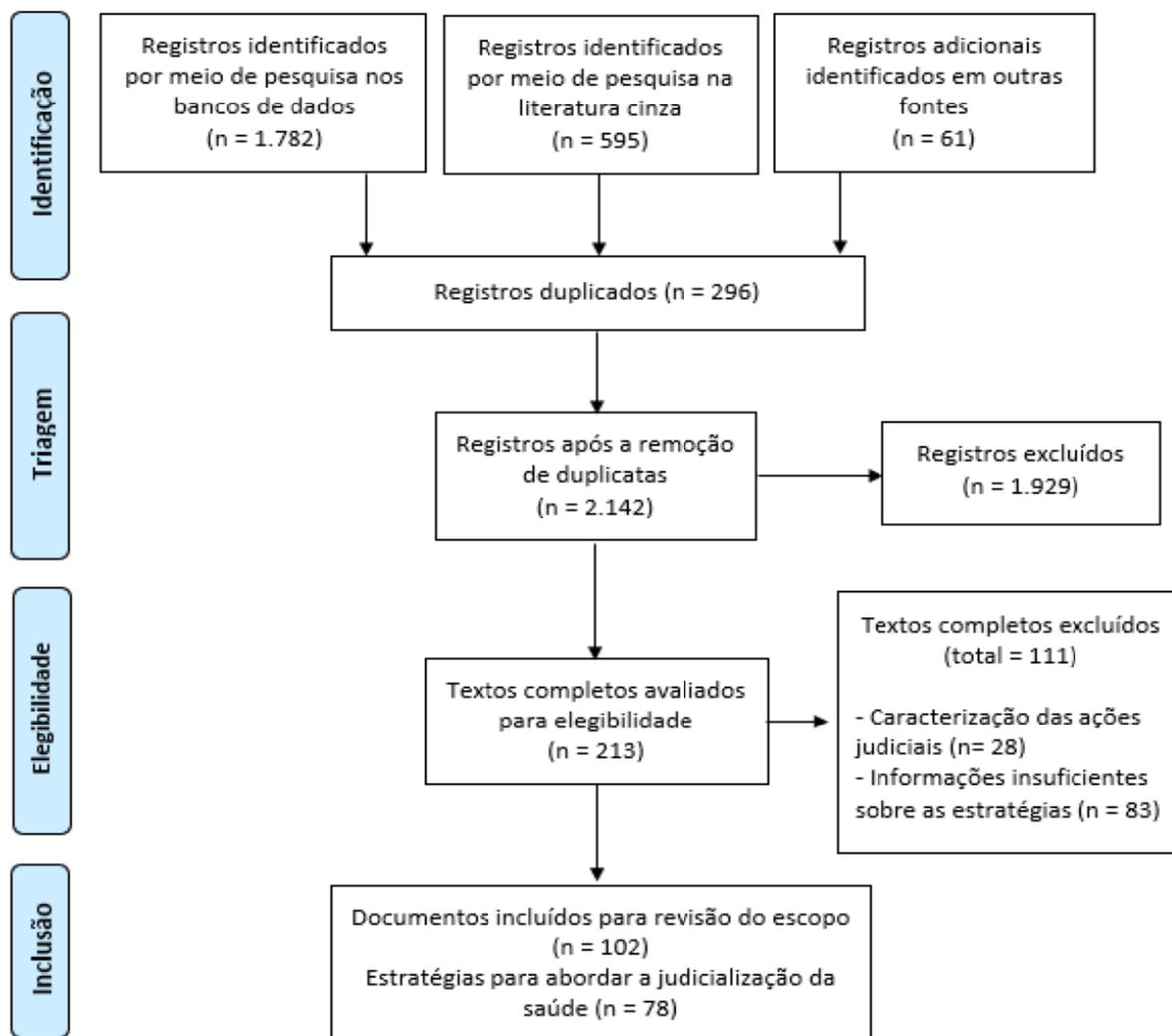
As estratégias implementadas identificadas nessa revisão de escopo foram agrupadas de acordo com os objetivos e a similaridade das atividades desenvolvidas e descritas nos documentos incluídos. Elas foram categorizadas segundo conceitos utilizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes aos serviços ou atividades existentes em serviços de saúde (25-28). E, para aquelas relacionadas à Administração Pública e/ou à área jurídica, foram utilizadas definições baseadas em dispositivos legais do Brasil (29-34).

Por fim, foram elaborados quadros e figuras explicativas sobre as categorias propostas juntamente com uma síntese narrativa sobre suas características.

# 3 RESULTADOS

## 3.1 Seleção de documentos e composição da amostra de estratégias identificadas

A busca inicial para a revisão de escopo recuperou 2.377 documentos, dos quais foram removidos 2.225 documentos na triagem dos títulos e resumos e 111 documentos após a leitura do texto completo. Foram encontrados 61 documentos na busca manual em outros recursos de busca. Finalmente, incluíram-se 102 documentos contendo 78 estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde, **Figura 1**.



**Fonte:** Adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, *The PRISMA Group* (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA para o processo de revisão sistemática de escopo.

### 3.2 Categorização das estratégias institucionais

As 78 estratégias institucionais implementadas e identificadas nesta revisão, após serem agrupadas, resultaram na proposição de nove categorias de estratégias para abordar a judicialização da saúde, **Quadro 1** e **Figura 2**.

**Quadro 1.** Categorização das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde.

Categoria	Explicação
<b>Dispositivos legais</b>	
<b>Métodos de solução consensual de conflitos</b>	<p>A <b>solução consensual de conflitos</b> está prevista na Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (28), do Código do processo civil brasileiro, que decreta em seus § 2º e § 3º do artigo 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.</p>
<b>Apoio técnico ao judiciário</b>	<p>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 (CNJ) nº 238, de 6 de setembro de 2016 (27), que dispõe sobre a criação de <b>Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário</b> constituído de profissionais da saúde, para elaborar pareceres considerando a melhor evidência disponível e a Recomendação CNJ nº 31, de 30 de março de 2010 (26), 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.</p>
<b>Cumprimento das decisões judiciais</b>	<p>Categoria balizada na Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, do Código do processo civil (28), explica em seus §1º, §2º e § 3º do artigo 203 que os pronunciamentos ou declarações das <b>resoluções tomadas pelo Juiz</b> 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.</p> <p>Estas resoluções devem ser cumpridas pelas instituições judicializadas sob pena de multas, sequestro de verbas ou prisão do representante institucional.</p>
<b>Processo administrativo</b>	<p>Esta categoria se baseia na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999 (30), que regula o <b>processo administrativo</b> 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 imotivada de recebimento de documentos.</p> <p>O processo administrativo também está presente na Administração Pública estadual e municipal.</p>

continua

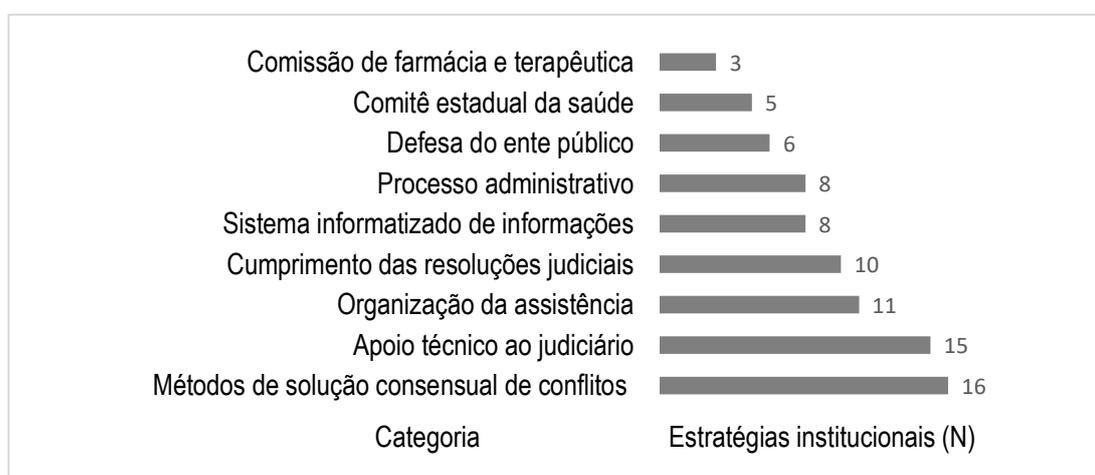
**Quadro 1.** Categorização das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde.

continuação

<p><b>Defesa do ente público</b></p>	<p>O Decreto presidencial nº 7.392, de 13 de dezembro de 2010 (29), que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão da <b>Advocacia-Geral da União (AGU)</b>; define, em seu anexo I, que a AGU 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.</p>
<p><b>Comitê estadual da saúde</b></p>	<p>Os <b>comitês estaduais da saúde</b> estão previstos na Resolução CNJ nº 238, de 6 de setembro de 2016 (27), que dispõe sobre a criação e manutenção de Comitês Estaduais da Saúde pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais e na Resolução CNJ nº 107, de 6 de abril de 2010 (31), 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.</p>
<p><b><i>Recomendações para qualificar serviços de saúde</i></b></p>	
<p><b>Organização da assistência</b></p>	<p>“A <b>organização da assistência</b> 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” (23). 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).</p>
<p><b>Sistema informatizado de informações</b></p>	<p>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 (24). 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 (25). Neste contexto, um <b>sistema informatizado de informações</b> 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.</p>
<p><b>Comissão de farmácia e terapêutica</b></p>	<p>As <b>comissões de farmácia e terapêutica</b> (22) são fóruns que reúnem todos os envolvidos nas decisões sobre o uso de medicamentos em qualquer nível dentro 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 diretrizes terapêuticas.</p>

Fonte: Elaboração própria

Quatro estratégias foram alocadas em duas categorias ao mesmo tempo: Comissão de Análise de Solicitações Especiais (35, 36), Núcleo de Apoio Técnico Municipal de Araguaína (NAT Municipal) (22, 37-39), Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS) (40, 41) e Serviços de Triagem e Orientação Farmacêutica e Nutricional (Acessa SUS) (42-44).



**Fonte:** Elaboração própria

**Figura 2.** Número de estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde por categoria.

As listas contendo a categorização de todas as estratégias incluídas nesta revisão de escopo encontram-se no **Apêndice 3** e **Apêndice 4**.

### 3.3 Características das categorias propostas

#### 3.3.1 Métodos de solução consensual de conflitos

As estratégias focadas nos métodos de solução consensual de conflitos são as mais documentadas (19,5%). Isso, em parte, se deve ao fato de que elas possuem legislações que estimulam o seu uso, independente do que está sendo pleiteado (3, 31).

As 16 estratégias dessa categoria (22, 36, 44-57) realizam negociação ou diálogo interinstitucional com vistas à solução do problema do cidadão, possuem acordos interinstitucionais e atuam de forma extrajudicial e, cinco estratégias também atuam quando há ações ajuizadas (22, 37-39, 47, 50-52, 58-65). Porém, ela limita-se aos assuntos que não envolvem urgência ou emergência.

As reuniões para mediação, conciliação ou negociação ocorrem principalmente em ambientes jurídicos (11/15) (45, 46, 48, 52-56, 58, 61, 66) e com a presença das partes interessadas. Apenas uma estratégia realiza mediação ou conciliação sanitária por meio eletrônico (56).

O defensor público é um dos atores mais representativo dessas estratégias, exceto na “Mediação sanitária” – Belo Horizonte (53) e na Triagem Farmacêutica no Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFAZ) (48, 67). Das estratégias onde o defensor público está presente, em pelo menos seis, ele atua na mediação (46, 49, 50, 53, 56, 57, 62, 66, 68-72).

A mediação de conflitos é uma estratégia de resolução de disputas que utiliza uma negociação facilitada ou catalisada por um profissional apto para realizá-la e tem a finalidade de diminuir e/ou evitar os litígios de maneira geral (73), sendo recentemente adaptada para atender às demandas por tecnologias de saúde e recomendada pelo Código de Processo Civil, atualizado em 2015 (31). Ela, também, é utilizada como uma das opções para abordar a judicialização da saúde numa síntese de evidências para políticas de saúde (74). Essa medida, quando resulta em acordos entre as partes interessadas, diminui os custos e os gastos com a judicialização da saúde (73).

Alguns relatos afirmam que o diálogo interinstitucional facilita a resolução extrajudicial, além de ser uma estratégia barata, eficaz e célere (22, 75). Segundo os dados reportados, a resolutividade dos métodos de solução consensual variou entre 26% (70) a 90% (38, 45, 65), porém, não foram encontradas evidências sobre qual método tem melhor efetividade na resolução de conflitos em saúde.

### **3.3.2 Apoio técnico ao judiciário**

O Apoio técnico ao judiciário aparentemente, surgiu a partir da experiência do Rio de Janeiro, em 2009, com o Núcleo de Assessoria Técnica (76). Posteriormente, devido às recomendações do Conselho Nacional de Justiça para que os núcleos de apoio técnico fossem implantados em todos os tribunais onde existem demandas em saúde, ele foi expandido pelo país com maior intensidade e velocidade, em duas ondas: nos anos de 2012 após a Recomendação CNJ nº 31, de 30 de março de 2010 (29), e em 2016, após a Resolução CNJ nº 238, de 6 de setembro de 2016 (30).

Os serviços que fornecem apoio técnico possuem duas denominações mais frequentes: Câmara Técnica de Saúde (CTS) (77, 78) e Núcleo de Apoio Técnico ao

Judiciário (NAT-Jus) (37, 39, 54, 78-86) que não deve ser confundido com os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS). No entanto, há outras denominações (36, 87) e serviços que também fornecem pareceres ou relatórios técnicos sobre tecnologias de saúde ao judiciário (88, 89).

Os serviços de Apoio técnico ao judiciário identificados nesta revisão, foram implementados nos tribunais de justiça estadual, exceto: dois que estavam situados dentro de hospitais de ensino (35, 36, 89) e um, na secretaria municipal de saúde (39).

Eles possuem acordo de cooperação técnica com as secretarias de saúde que cedem profissionais da saúde, em tempo integral ou parcial, para elaborar pareceres ou relatórios técnicos. Entretanto, dois serviços utilizaram recursos humanos do próprio Tribunal de Justiça (77, 88), e um NATS foi contratado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais para elaborar os pareceres técnicos, de acordo com a demanda do magistrado (89).

As estratégias agrupadas nesta categoria, em sua maioria, possuem equipe multiprofissional e alguns dos serviços funcionam de acordo com o expediente do tribunal de justiça e em esquema de plantões ou regime de sobreaviso (51, 61, 76-78, 81-83, 87).

Além disso, possuem documentos e pareceres padronizados, utilizam o meio eletrônico para comunicação, sistemas on-line para atender as solicitações com tempo de resposta que varia entre 24 horas (independente do dia da semana) e cinco dias úteis. Seu modus operandi assemelha-se aos serviços de respostas rápidas existentes em alguns países, onde a solicitação por informações é processada e respondida num curto espaço de tempo (90).

Na literatura, existem estudos comparativos entre modelos de NAT-Jus (89) e publicações descrevendo o histórico, as atividades desenvolvidas e a caracterização dos atendimentos realizados (79, 91), porém, são escassos os estudos que medem sua efetividade (75, 76). Além disso, alguns estudos e documentos relataram pouca procura, da população alvo, pelos serviços ofertados pelo NAT-Jus (2, 75, 76, 84).

### **3.3.3 Organização da assistência**

A organização da assistência é fator determinante ao acesso a bens e serviços de saúde, por isso é foco de atenção da Organização Pan-Americana da Saúde (92), da Organização Mundial da Saúde (93, 94) e do Ministério da Saúde do Brasil (95-97).

Nessa revisão de escopo, foi verificado que 13,4% da amostra de estratégias teve como meta, a reorganização assistencial, seja, melhorando o atendimento ao cidadão (98-102), implementando serviços especializados (99, 100, 103-105), investindo em treinamento e capacitação (99, 103, 106, 107) e/ou organizando os serviços existentes (108-112).

Os relatos e os dados do Conselho Nacional de Justiça provenientes do Estado do Espírito Santo indicam que essas ações resultaram em processos mais ágeis e efetivos, com redução no número de processos ativos e da demanda reprimida de processos sem atendimento (75, 107). Além de gerar economia com o uso racional dos medicamentos de alto custo a partir do compartilhamento de doses e com a perícia médica nos pacientes com indicação/prescrição de atorvastatina (99, 103).

Nos demais Estados brasileiros, a implementação de estratégias focadas na organização assistencial gerou resultados importantes, tais como: i. detecção e prisão de um grupo de pessoas que obtinham lucros movendo ações judiciais por medicamentos biológicos (113) por meio do monitoramento, avaliação e detecção de possíveis fraudes nas demandas judicializadas (105), ii. diminuição no número de penalidades judiciais aplicadas ao Estado e aos gestores (114) a partir da reestruturação e realocação de serviços e de profissionais dos setores técnico, jurídico, administrativo e assistencial num mesmo espaço físico (53), e iii. comunicação mais eficiente entre os atores envolvidos e prestação de serviços mais céleres após a reorganização dos fluxos de atendimento às demandas em saúde utilizando sistemas informatizados integrados (controle de dados e de informação) (108-111).

Estes resultados indicam que provavelmente a organização institucional ajuda a minimizar a judicialização da saúde. Porém, a partir de 2015, não foram detectadas estratégias focadas na organização assistencial, embora naquela época verificava-se a desorganização institucional no SUS, principalmente da assistência farmacêutica, em vários municípios brasileiros (115-118).

### **3.3.4 Cumprimento das decisões judiciais**

Todas as 10 estratégias dessa categoria foram implementadas por secretarias de saúdes utilizando os recursos humanos existentes no próprio serviço. Elas organizaram e centralizaram o controle e o monitoramento dos processos judiciais, das informações sobre os demandantes e dos estoques; e a dispensação de

medicamentos, dietas especiais e insumos farmacêuticos. Possuem rotinas e protocolos de atendimento e, normalmente, realizam a triagem das demandas judiciais para verificar se há possibilidade de encaminhamento do demandante a um serviço existente no SUS ou a necessidade de elaborar um relatório técnico para a defesa do ente público.

Há serviços que também atendem demandas extrajudiciais (40, 41, 61, 99, 119) e informatizaram os serviços (61, 84, 98, 99, 108, 119-123).

Os relatos destas estratégias indicam que o planejamento da gestão, a estruturação e a organização das informações e das atividades operacionais geraram celeridade no atendimento ao cidadão (61, 98, 99, 108, 109, 119, 122, 124) e em alguns casos diminuiu os gastos com a judicialização (61, 99, 119, 122).

Também foram identificadas duas estratégias que utilizaram arranjos de financiamento para cumprir as decisões judiciais. Elas, no entanto, mostraram-se insuficientes para atender todas as demandas de forma célere (68, 112, 120, 121).

### **3.3.5 Sistema informatizado de informações**

Os sistemas informatizados de informações integrados com o controle de estoques começaram a ser utilizados com mais intensidade a partir de 2005 (108, 113).

Algumas instituições optaram por adaptar seus sistemas de controle de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica para usá-los concomitantemente com o controle das demandas judiciais: Sistema de Administração de Medicamentos (AME) (111, 125), Sistema de gestão para medicamentos de alto custo (98, 108) e Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica (Hórus) (46, 126), pois, esta prática mostrou-se mais eficiente do que o desenvolvimento de outros tipos de controles ou sistemas (108, 122).

Outras instituições criaram sistemas para padronizar os processos, diminuir as falhas na comunicação e agilizar as ações e o cumprimento das decisões judiciais. Sistemas como S-Codes (127, 128) e Cadastro Nacional de Pareceres, Notas e Informações Técnicas (e-NAT-Jus) (129) possuem cadastros de pareceres e informações técnicas sobre várias tecnologias de saúde à disposição do usuário cadastrado. O Sistema de Controle Jurídico (SCJ) (45, 113), S-Codes (127, 128) e Sistema Câmara de Saúde (61) armazenam informações pertinentes aos processos

judiciais, tais como: os dados do demandante, as dispensações realizadas, o acompanhamento de todo o processo e o monitoramento das demandas judiciais.

No Portal Eletrônico de Intimação Judicial ou Mandado Judicial Online (130, 131) o poder judiciário encaminha eletronicamente todos e quaisquer documentos relacionados às ações em saúde pública ao seu cumprimento pela secretaria de saúde; e o Procedimento Extrajudicial de Saúde (72) é um sistema on-line utilizado para mediação sanitária, esclarecimentos técnicos e análise administrativa da solicitação extrajudicial.

As tecnologias informatizadas, atualmente, são ferramentas indispensáveis na gestão institucional, pois, simplificam muitas tarefas administrativas, auxiliam no controle de estoques e dos dados dos usuários juntamente com seu histórico de consumo, facilitam a comunicação, fornecem evidências e subsídios para a tomada de decisões e para racionalizar os recursos disponíveis (132), além de ser recomendado e incentivado pela Organização Mundial da Saúde (27, 28) e pelo Ministério da Saúde (133).

Tanto o Ministério da Saúde quanto o Conselho Nacional de Justiça disponibilizam sistemas informatizados de informações sem ônus às instituições interessadas: S-Codes (127) e Hórus (126), e e-NAT-Jus (129), respectivamente. Outros sistemas de controle também podem ser obtidos desta mesma forma, mediante solicitação e contrato com as secretarias de saúde (61, 108).

### **3.3.6 Processo administrativo**

No processo administrativo, o atendimento ao cidadão é realizado mediante solicitação da tecnologia de saúde, em formulário padrão, juntamente com receita e relatório médicos e exames complementares. O pedido pode ser cadastrado num sistema informatizado ou não, e o solicitante recebe um protocolo para acompanhamento do processo. A solicitação pode ser avaliada por uma comissão com expertise ou apenas analisada a factibilidade do seu atendimento, o tempo de resposta pode variar de 24 horas a 45 dias (22, 37-45, 51, 61, 67, 134-138).

Normalmente, estes serviços também fornecem informações e esclarecimentos sobre o acesso a medicamentos no SUS e as solicitações de produtos que constam na lista de financiamento do SUS são encaminhadas para as unidades responsáveis pelo atendimento. São gerenciados pelas secretarias de saúde, exceto o CADJ (134) que está sob a responsabilidade da Defensoria Pública.

O atendimento via processo administrativo possibilita a detecção de falhas no acesso ao SUS, de tecnologias que deveriam ser avaliadas para incorporação no SUS e de demandas justas por tecnologias, onde os assistidos já esgotaram as possibilidades terapêuticas existentes no SUS para tratar sua doença ou agravo à saúde (23).

Os relatos destas estratégias mostram que houve aumento anual na quantidade de pedidos e de resoluções administrativas por tecnologias de saúde (40, 45, 137) e todas as estratégias desta categoria relataram diminuição da quantidade de litígios em saúde. Porém, estes dados devem ser analisados com cautela, pois, o que foi calculado representava a quantidade de pedidos administrativos que se transformaram em processos judiciais, portanto, não é possível saber se todos os que requereram o pedido administrativo moveriam uma ação judicial, caso a estratégia não existisse.

Desta forma, entende-se que há a necessidade de estudos que analisam se essa estratégia realmente diminuiu os litígios e as inequidades em saúde, e se ela é custo-efetiva e racional, pois, no processo administrativo, o gestor determina os itens a serem ofertados para ter volume de compra e diminuição nos custos de aquisição dos mesmos (23) e isso, não necessariamente ocorre mediante avaliação da efetividade do produto (139).

### **3.3.7 Defesa do ente público**

A defesa do ente público se faz por meio de procuradores-gerais (32, 140), apoiados por serviços que fornecem informações técnicas (45, 68, 141), quando a instituição pública de saúde é a ré numa ação judicial.

Segundo os relatos das estratégias que abordam esse tema, a especialização dos procuradores-gerais em direito sanitário ou na área de saúde, ou dos profissionais de saúde na área do direito, gerou celeridade e competência à defesa do ente público (45, 67, 108, 113, 142, 143).

Foi identificada, nos municípios de Curitiba/PR, São Paulo/SP e Maceió/AL, a existência de procuradores estaduais especializados em direito sanitário que atuam diretamente na defesa da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em litígios envolvendo tecnologias de saúde (45, 67, 108, 113, 142, 143) e outros que exercem a função administrativa de avaliação dos contratos e das licitações públicas (143). Os procuradores estaduais celebraram parcerias com as secretarias de saúde e

formaram equipes integradas nestas instituições, além de utilizar os relatórios técnicos elaborados pelas áreas técnicas da saúde (45, 67, 113, 143).

Possuem procedimentos informatizados, padronizados e menos burocráticos (45, 67, 108, 113, 142), e isso facilita a detecção de fraudes envolvendo a judicialização da saúde (105) e de processos judiciais onde há maior probabilidade de êxito da defesa estatal (108, 142).

Da mesma forma que os procuradores estaduais, a área técnica da saúde também buscou se especializar na área do direito para emitir relatórios e pareceres técnicos mais bem elaborados e em linguagem acessível aos magistrados e procuradores. Foram detectados três serviços de apoio que emitem este tipo de documento e que possuem pelo menos 10 anos de existência: Núcleo de Assessoria Técnica da SES-MG (68, 144), Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (CODES) (45, 113, 127, 128) e Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (Napass) (141, 145).

Estes serviços localizam-se nas secretarias de saúde, trabalham em conjunto com a procuradoria, possuem equipes multiprofissionais incluindo médicos e farmacêuticos, rotinas e procedimentos padronizados. Utilizam sistemas informatizados e integrados que gerenciam tanto os estoques quanto as demandas judiciais. Isso ajuda a evitar a duplicidade de atendimento entre as instituições de saúde (45, 68, 113, 127, 128, 141, 144, 145).

Tais medidas diminuíram a burocracia, agilizaram as respostas às demandas judiciais e praticamente extinguíram, naquele momento, medidas punitivas à secretaria de saúde devido o descumprimento judicial (45, 113, 128, 141, 145), exceto em Minas Gerais, pois existiam vários problemas gerenciais, estruturais e comportamentais que aumentavam os litígios em saúde e que precisavam ser solucionados (68).

### **3.3.8 Comitê Estadual da Saúde**

O Fórum da Saúde, instituído pela Resolução CNJ nº 107/2010 e coordenado pelo Comitê Executivo Nacional, tem como objetivos o monitoramento e a resolução das demandas por tecnologias de saúde (34). O Comitê Nacional é composto pelos Comitês Estaduais da Saúde pertencentes aos Tribunais de Justiça dos Estados.

Dos 27 Comitês Estaduais previstos, sete comitês constam na página eletrônica do Conselho Nacional de Justiça (<http://www.cnj.jus.br/programas-e->

acoes/forum-da-saude/iniciativas-dos-comites-estaduais). Santana (2017) identificou seis comitês atuantes, dos quais três diferem das informações constantes na página do CNJ (50).

No entanto, esta revisão encontrou dados suficientes para caracterizar apenas cinco deles: Rio Grande do Sul (110, 111), Paraná (108), Tocantins (37, 39, 146), Mato Grosso do Sul (121, 123) e Maranhão (147, 148).

Esses comitês realizam acordos interinstitucionais, têm composição multiprofissional com mais de 12 membros, os quais representam a área da saúde, do jurídico e da sociedade civil. Com exceção do Comitê do Maranhão, os relatos indicam que eles promovem palestras e capacitação aos seus integrantes, e emitem enunciados e recomendações à área jurídica. Somente três comitês realizam reuniões mensais, e encontros e capacitações regionais (108, 110, 111, 121, 123).

Três comitês possuem relatos sobre suas atividades: i. Rio Grande do Sul que implementou a ação de planejamento e de gestão sistêmicos para organizar a atenção à saúde no Estado e conseguiu reduzir o número de novas ações e ações ativas, além de reduzir os valores bloqueados de instituições de saúde pelo judiciário (110), ii. Mato Grosso do Sul incentivou a implementação de serviços especializados na área da saúde e a produção de protocolos clínicos, mas também, identificou que os encontros e as capacitações regionais realizadas produziram melhores resultados que outras estratégias utilizadas (121), e iii. Maranhão, segundo Diniz (2015), entre os anos 2012 e 2015, era um comitê que não possuía recursos humanos para administrá-lo, não gerou aproximação entre o Poder Judiciário e o Executivo e a maioria do magistrado desconhecia as atribuições do comitê (147).

Os Comitês Estaduais de Saúde, quando possuem membros atuantes, parecem melhorar a comunicação entre os diversos atores envolvidos com a judicialização da saúde, além de monitorar e qualificar os serviços de saúde (37, 39, 108, 110, 111, 121, 123, 146).

### **3.3.9 Comissão de farmácia e terapêutica**

A comissão de farmácia e terapêutica é uma estratégia, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (25) desde 2003, existente em hospitais, em vários municípios, Estados e em nível federal no Brasil.

Ela é um órgão de apoio diretamente ligada à diretoria da instituição de saúde e responsável pela elaboração e atualização de protocolos e diretrizes terapêuticas

de prática clínica, e pela seleção, padronização e incorporação de tecnologias em saúde, mas, principalmente, medicamentos. É composta por equipe multiprofissional e, também, utiliza a expertise de consultores ad hoc para temas específicos ou especializados. Possui reuniões periódicas na sede da secretaria de saúde e utiliza a saúde baseada em evidências para realizar as avaliações das tecnologias em saúde (99, 103, 135, 136, 149, 150).

Além dessas atividades, também elaboram pareceres técnicos e fornecem informações sobre tecnologias de saúde mediante solicitação efetuada, via e-mail ou ofício, por profissionais da área jurídica (149) e da saúde, e à população (135, 136, 150), ou somente à farmácia responsável pela dispensação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (99, 103).

Os pareceres técnicos são utilizados tanto para esclarecimento ao solicitante quanto para a defesa do ente público, seja como estratégia extrajudicial ou em vigência do processo judicial.

Os relatos indicam que a judicialização da saúde resultou em novas incorporações de tecnologias e diminuição dos processos judiciais relacionados a tal incorporação (45, 99, 103, 149), fato também constatado no estudo de Messeder et al. (151). Porém, a incorporação de tecnologias no Brasil, ainda é um processo lento e de baixa expressividade na judicialização (23).

### **3.4 Interrelação e interdependência entre as categorias**

As categorias possuem algumas atividades em comum, tais como: forma de atuação extrajudicial (prevenção de conflitos judiciais) e/ou judicial (atuação a partir do ajuizamento da ação judicial); produção e fornecimento de informações técnicas para auxiliar no juízo sobre a solicitação por tecnologias de saúde; fornecimento de produtos para saúde, principalmente, medicamentos, insumos farmacêuticos e dietas; e gestão da assistência à saúde (monitoramento dos serviços, padronização de tecnologias em saúde, melhorias na infraestrutura e no atendimento ao cidadão e informatização dos serviços), **Quadro 2**.

**Quadro 2.** Características das categorias de estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde, no Brasil.

Categoria	Criado e implementado de acordo com a legislação	Abordagem extrajudicial	Abordagem judicial	Produção e fornecimento de informações técnicas	Fornecimento de produtos à saúde	Gestão da assistência à saúde
Apoio técnico ao judiciário	✓		✓	✓		
Métodos de solução consensual de conflitos	✓	✓	✓			
Processo administrativo	✓	✓			✓	✓
Cumprimento das decisões judiciais	✓		✓		✓	✓
Comitê estadual da saúde	✓	✓				✓
Defesa do ente público	✓		✓	✓		
Comissão de farmácia e terapêutica		✓	✓	✓		✓
Organização da assistência		✓	✓		✓	✓
Sistema informatizado de informações		✓	✓	✓		✓

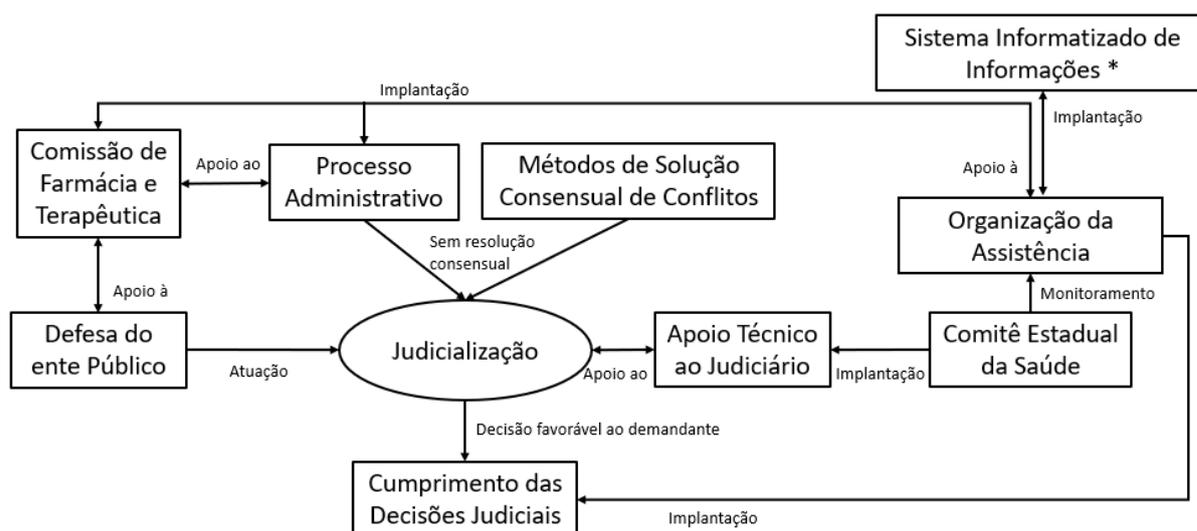
Fonte: Elaboração própria

Foi observado que existem estratégias que compreendem serviços provenientes de setores distintos trabalhando em rede num único espaço físico, de forma harmônica e compartilhada, como a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (50, 51, 60, 61) e o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (53, 112), a fim de diminuir a burocracia e fornecer serviços mais céleres e resolutivos.

Uma análise mais profunda das estratégias categorizadas permite verificar que existem categorias cujas atividades se inter-relacionam como: i. atividades complementares: fornecimento de pareceres técnicos elaborados pela Comissão de farmácia e terapêutica aos serviços que atendem o Processo administrativo e aos que

realizam a Defesa do ente público; ii. serviço resultante de uma relação causa-efeito: Cumprimento das decisões judiciais favorável ao demandante, devido à não concordância do solicitante com as propostas dos serviços que atendem Processos administrativos e/ou utilizam Métodos de solução consensual de conflitos; e iii. estratégias sinérgicas: uso de Sistemas informatizados de informações por todas as categorias, de forma compartilhada ou não, como ferramenta de gerenciamento.

A **Figura 3** mostra esquematicamente algumas das inter-relações existentes entre as categorias propostas para abordar a judicialização da saúde.



Fonte: Elaboração própria

**Figura 3.** Esquema simplificado das inter-relações existentes entre as categorias de estratégias institucionais para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

## 4 Discussão

### 4.1 Principais achados

As 78 estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil foram distribuídas em nove categorias, com atuação extrajudicial e/ou judicial, que se inter-relacionam de maneira complementar ou sinérgica.

As categorias propostas correspondem a atividades previstas tanto em dispositivos legais (29-34) quanto em recomendações para qualificar serviços de saúde (25, 27, 95, 96, 133, 152). No entanto, elas não estão restritas à sua área de atuação original e podem ser utilizadas por qualquer gestor independentemente do setor envolvido (jurídico ou saúde).

Foi observado que as categorias que previnem o conflito parecem estar balanceadas com aquelas que atuam após a judicialização e as categorias “Métodos de solução consensual de conflitos”, “Apoio técnico ao judiciário”, “Organização da assistência” e “Cumprimento da ação judicial” são as que contêm maior quantidade de estratégias implementadas.

Os achados desta revisão mostram que as instituições públicas implementaram somente estratégias regidas por políticas e diretrizes de gestão (153, 154), pois, a não observância destes preceitos pelo gestor da Administração Pública, configura-se como improbidade administrativa (155).

#### **4.3 A relação entre as categorias de estratégias com a viabilidade dos sistemas legais e de saúde**

Foi constatado que as estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil, estão fortemente ligadas à existência de dispositivos legais que recomendam a sua implantação e/ou que irá ampará-las legalmente.

O arcabouço legal é fator importante que facilita a implementação de estratégias, pois, permite que os serviços existentes na Administração Pública que atendem diversos tipos de demandas, também possam ser expandidos para abordar a judicialização da saúde, como foi verificado com as categorias Processo administrativo, Defesa do ente público e Soluções consensuais de conflitos.

Os resultados desta revisão de escopo indicam que, embora o Brasil ainda não seja membro da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Administração Pública Brasileira está adotando várias de suas recomendações para melhorar a qualidade da prestação de serviços públicos (156) a fim de se alinhar com as políticas internacionais. Assim como a área jurídica brasileira que está se adaptando às recomendações do Banco Mundial para melhorar as operações judiciais no sistema judicial (157).

Essas ações podem contribuir para minimizar ou solucionar os problemas existentes na Administração Pública, evidenciados pela judicialização da assistência à saúde. Isso inclui a dificuldade do cidadão em acessar bens e cuidados de saúde devido a tecnologias de saúde que não existem ou não estão disponíveis no sistema de saúde, atrasos no tempo necessário para atender o usuário, burocracia excessiva

e comunicação ineficiente; a necessidade de gerar informações e controlar demandas judiciais para evitar fraudes e duplicação de serviço.

No entanto, nem todas as instituições conseguem implantar as estratégias provenientes de normas legais, como o NAT-Jus e o Comitê estadual de saúde, pois provavelmente deve haver barreiras não identificadas que impedem a concretização da sua implantação apesar da obrigatoriedade legal.

Na área da saúde, o alinhamento das categorias com recomendações para adequação e/ou boas práticas da gestão pública (154) e de sistemas de saúde (92, 94), elaboradas pela OPAS (92) e OMS (93, 94), Ministério da Saúde (95-97) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Estaduais (132), é útil para auxiliar na implementação de estratégias focadas na estruturação de serviços e na qualificação de recursos humanos.

Embora as categorias Organização da assistência e Sistema informatizado de informações tenham origem nas recomendações de instituições de saúde, estas possuem características universais e podem ser utilizadas em quaisquer campos de atuação.

As categorias de estratégias incluem uma combinação de estratégias e atividades implementadas simultaneamente para abordar a judicialização da assistência à saúde. Isso ocorre porque as instituições públicas estão integradas no mesmo contexto sociocultural, jurídico e político, onde uma ação afeta a outra (158) dentro e fora da instituição.

A implementação simultânea de uma série de práticas para organizar e melhorar a prestação de serviços são recomendações internacionais (156, 157), pois uma atividade atua para complementar a outra e a mudança na cultura organizacional deve ocorrer em toda a instituição.

Dessa forma, é possível perceber que, para abordar a judicialização da saúde, é necessário um planejamento sistêmico que avalia quais são os pontos com maior fragilidade na Administração Pública que deverão ser priorizados para a implementação de estratégias e quais estratégias terão maior probabilidade de sucesso dentro do contexto local.

Caso contrário, haverá a implantação de estratégias fadadas ao fracasso pela não observância da ausência de outras que deveriam dar suporte à sua execução. Pois, é pouco provável realizar a defesa do ente público se a mesma não possuir

informações técnicas, ou mesmo, implementar serviços que fornecem tecnologias onerosas sem um controle de estoques eficiente.

#### **4.5 Forças e limitações do estudo**

Este estudo é o primeiro que categoriza, descreve e analisa estratégias viáveis e efetivamente implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil. As categorias propostas foram baseadas em dispositivos legais brasileiros e em recomendações internacionais e nacionais para qualificar serviços de saúde. Isso contribui na sistematização e na tradução do conhecimento à prática da gestão e permite que o tomador de decisão avalize sua implantação.

A legislação brasileira utilizada neste trabalho está alinhada com as recomendações da OCDE sobre o desempenho dos serviços públicos (156) e o Banco Mundial sobre o desempenho do sistema judicial (157). Acredita-se que o alinhamento das estratégias implementadas no Brasil com as recomendações da OCDE e do Banco Mundial facilite e melhore sua compreensão por vários interessados.

Embora este estudo tenha utilizado recomendações internacionais fortemente baseadas nas melhores práticas institucionais, havia poucos dados disponíveis sobre a eficácia das estratégias implementadas, portanto, não foi possível analisar o impacto dessas estratégias nos sistemas judicial e de saúde brasileiro.

Além disso, não foi possível comparar as estratégias implementadas no Brasil com as de outros países, pois não foram encontradas estratégias comparáveis, porque o assunto adotado por esta revisão raramente é publicado em periódicos indexados.

Apesar dessas limitações, esse estudo contribui para a sistematização do conhecimento, facilitando sua incorporação na prática real de gerenciamento e permitindo aos tomadores de decisão avaliar adequadamente a implementação de uma, várias ou todas as categorias de estratégia.

Assim, espera-se que países com sistemas de governo e com judicialização da assistência à saúde semelhantes ao do Brasil, especialmente aqueles pertencentes à América Latina e ao Caribe, possam se beneficiar com a categorização proposta.

Sabe-se que a quantidade de estratégias encontradas nesta revisão está subestimada, pois algumas não foram incluídas na análise final devido à incompletude de dados. No entanto, é pouco provável que existam estratégias institucionais distintas

das categorias propostas, pois, a Administração Pública é regida por princípios e diretrizes contempladas pelas categorias propostas, e sua não observância configura-se em improbidade administrativa.

Por fim, foram identificadas algumas estratégias implementadas com denominações institucionais distintas das atividades executadas. Nesses casos, foram analisados os objetivos e vários documentos de apoio para conseguir categorizá-las.

## **5 Conclusões**

As nove categorias de estratégias, propostas para abordar a judicialização da saúde, se inter-relacionam de forma complementar ou sinérgica, atuam tanto na prevenção de conflitos em saúde quanto após o ajuizamento da ação judicial e podem ser utilizadas por qualquer tipo de instituição, independente da área de atuação.

A existência de dispositivos legais e de recomendações facilitam a implantação de estratégias ou de serviços em instituições públicas, pois norteiam sua estruturação e execução. No entanto, isso não garante sua implementação nem seu êxito.

### **5.1 Implicações aos agentes públicos**

É provável que os gestores das áreas da saúde e do jurídico possuam noções sobre algumas das categorias propostas nessa revisão, pois, parte delas são serviços originalmente utilizados na Administração Pública para atender vários tipos de demandas e que, posteriormente, foram adaptados para abordar a judicialização da saúde.

Além disso, os agentes públicos interessados em implementar tais estratégias, deveriam identificar os pontos onde há maior fragilidade na gestão institucional, os quais podem estar entre as principais causas dos litígios em saúde, e analisar se há infraestrutura suficiente para sua implementação.

A consideração destes aspectos pode facilitar a escolha ou a priorização de estratégias factíveis de serem implementadas ao contexto local.

## **5.2 Implicações aos pesquisadores**

Há necessidade de estudos que descrevam melhor e de forma detalhada as estratégias identificadas nesta revisão de escopo e que consigam avaliar sua respectiva efetividade.

A categorização proposta pode ser útil para aprofundar as pesquisas sobre as estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde.

Finalmente, a elaboração de revisões sistemáticas ou policy briefs sobre cada categoria podem fornecer importantes evidências aos gestores e ajudar na identificação daquelas com maior probabilidade de sucesso no contexto local.

## **6 Conflitos de interesses**

Os autores declaram que a pesquisa foi realizada isenta quaisquer relações comerciais ou financeiras que pudessem ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

## **7 Contribuições dos autores**

SY, JB e LL contribuíram na concepção e delineamento do estudo. SY e LL planejaram o estudo, realizaram extração e análise de dados. SY escreveu o primeiro rascunho do manuscrito. SY, JB, SB e LL escreveram seções do manuscrito. Todos os autores contribuíram para a revisão do manuscrito, leram e aprovaram a versão submetida.

## **8 Financiamento**

O SY recebeu bolsa de estudos pela CAPES. A fonte de financiamento não participou da escolha do tópico, da revisão sistemática do escopo ou da decisão de enviar o artigo para publicação.

## 9 REFERÊNCIAS

1. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Revista de Saúde Pública* (2016) 50.
2. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário. Brasília: Diário Oficial da União (2017).
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília (1988).
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União (1990).
5. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona Brasília: Ministério da Saúde (2019). Available online at: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>. (accessed June 10, 2019)
6. Vieira FS, Marques DC, Jeremias SA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luízia VL, Castilho SRd, Oliveira MA, Jaramillo NM, editors. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz (2014).
7. Chieffi AL, Barata RB. "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines [Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade, in Portuguese]. *Cadernos de saude publica* (2009) 25:1839-49. doi:10.1590/S0102-311X2009000800020.
8. Vieira FS, Zucchi P. Distortions to national drug policy caused by lawsuits in Brazil. [Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil, in Portuguese]. *Revista de Saúde Pública* (2007) 41:214-22. doi: 10.1590/S0034-89102007000200007.
9. Delduque MC, Marques SB, Ciarlini Á. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In: Alves SMC, Delduque MC, Neto ND, editors. Direito Sanitário em Perspectiva 2. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União (2013).
10. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, et al. Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. *International Journal for Equity in Health* (2019) 18(1). doi: 10.1186/s12939-019-0960-z.
11. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* (2010) 5(1):69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
12. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* (2015) 13(3):141-6. doi: 10.1097/xeb.000000000000050. PubMed PMID: 01787381-201509000-00005.

13. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. Swindon: ESRC Methods Programme (2006).
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine* (2018) 169(7):467. doi: 10.7326/m18-0850.
15. Perlingeiro R. Recognizing the public right to healthcare: the approach of Brazilian courts [Reconhecendo o direito público à saúde: a abordagem dos tribunais brasileiros]. *Revista de Investigações Constitucionais* (2014) 1(1):18. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v1i1.40246>.
16. Vieira FS. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: Desafios atuais e futuros do estado brasileiro. In: IX Congresso CONSAD de Gestão Pública; Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, Brazil. Brasília: CONSAD (2016).
17. Panerai RB, Peña-Mohr J. Health technology assessment methodologies for developing countries. Washington: Pan-American Health Organization (1989).
18. Advocacia-Geral da União, Consultoria-Geral da União, Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde. Judicialização da saúde no âmbito da União em números: recursos extraordinários 566471 e 657718. Brasília: Advocacia-Geral da União (2017).
19. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. Geneva: WHO (2019) Available online at: [https://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/](https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/). (accessed April 26, 2019)
20. Schulze CJ. Números atualizados da Judicialização da Saúde no Brasil Florianópolis: Empório do Direito. (2017). Available online at: <http://emporiiodireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>. (accessed February 21, 2018)
21. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números Brasília: CNJ. (2017). Available online at: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/pj-justica-em-numeros>. (accessed February 21, 2018)
22. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (2015).
23. Siqueira PSF. Judicialização em saúde no Estado de São Paulo. In: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2015).
24. Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Judicialização da saúde São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde (2017) Available online at: <http://decs.bvs.br/>. (accessed February 20, 2018)

25. Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees: A practical guide. WHO/EDM/PAR/2004. 1 ed. Geneva: World Health Organization & Management Sciences for Health (2003).
26. Ribeiro EM, Chomatas ERV, Neto MC. Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: A experiência do município de Curitiba–PR. In: Seclen J, Fernandes AS, editors. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: Caso Brasil. Série Técnica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (2004).
27. Health Metrics Network & World Health Organization. Framework and Standards for Country Health Information Systems. 2 ed. Geneva: World Health Organization (2008).
28. WHO Regional Office for the Western Pacific. Developing health management information systems: A practical guide for developing countries. Geneva: World Health Organization (2004).
29. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº. 31, de 30 de 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. Brasília: Diário da Justiça Eletrônico (2010).
30. Conselho Nacional de Justiça. 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. Brasília: CNJ (2016).
31. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. Brasília: Diário Oficial da União (2015).
32. 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. Brasília: Diário Oficial da União (2010).
33. Brasil. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília: Diário Oficial da União (1999).
34. Conselho Nacional de Justiça. 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. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (2010).
35. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, et al. Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo/BR: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão (2008).

36. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto (graduation monograph). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo (2014).
37. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins (dissertation/master's thesis). Palmas: Universidade Federal do Tocantins (2016).
38. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaina/TO. *Cad IberAmer Direito Sanit* (2013) 2(2):19.
39. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins. (2019). Available online at: <http://wwa.tjto.jus.br/saude/>. (accessed April 6, 2019)
40. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima-UFRR* (2015) 5(2):25. doi: 10.18227/2237-8057rarr.v5i2.2949
41. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria n. 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas (2013).
42. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. (2019). Available online at: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica). (accessed April 6, 2019)
43. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista (2018). Available online at: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>. (accessed April 6, 2019)
44. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo (2017). Available online at: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118). (accessed April 6, 2019)
45. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*. (2011) Available online at: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>. (accessed April 6, 2019)
46. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos, editor. *Concurso de práticas exitosas 2011, X Congresso Nacional de Defensores Públicos (ANADEP); 2011 Nov 15 - 18, Centro de Convenções de Natal/RN. Brasília/BR: ANADEP (2011).*

47. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). In: VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem burocracia e acesso do preso à Justiça; 2010 Dec 3, Tribunal Federal de Justiça, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2010).
48. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. In: 10ª edição do Prêmio Innovare; 2013 Nov 28, Supremo Tribunal Federal, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2013).
49. Júnior LMR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014 (dissertation/master's thesis). Recife: Universidade Católica de Pernambuco (2017).
50. Sant'Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública (thesis/ doctorate thesis). Brasília: Centro Universitário de Brasília (2017).
51. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro (dissertation/master's thesis). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (2016).
52. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. In: XI edição do Prêmio Innovare; 2014 Dec 16, Supremo Tribunal Federal, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2014).
53. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2015).
54. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. (2013). Available online at: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>. (accessed April 6, 2019)
55. Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde (dissertation/master's thesis). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia (2016).
56. Galliez MS. Atuação extrajudicial na Saúde Pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. In: XII edição do Prêmio Innovare; 2015 Dec 1, Supremo Tribunal Federal, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2015).
57. Nunes HEN. A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão (dissertation/master's thesis). São Luís/BR: Universidade CEUMA (2016).
58. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos (dissertation/master's thesis). Natal/BR: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2013).

59. Advocacia Geral da União. CIRADS. (2009). Available online at: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046). (accessed April 6, 2019)
60. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). In: XI edição do Prêmio Innovare; 2014 Dec 16, Supremo Tribunal Federal, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2014).
61. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2015).
62. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN) (graduation monograph). Brasília/BR: Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília (2017).
63. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS (2015).
64. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. (2015). Available online at: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.(accessed April 3, 2019)
65. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde. (2015). Available online at: <http://cnj.jus.br/noticias/cnj/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>. (accessed April 3, 2019)
66. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no Sistema Único de Saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN (dissertation/master's thesis). Natal/BR: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2016).
67. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. Cad Ibero-Amer Dir Sanit (2017) 6(1):19.
68. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (dissertation/master's thesis). Belo Horizonte/BR: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho (2012).
69. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. (2016). Available from: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica->

estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmaceutica-no-Norte-de-Minas. (accessed April 6, 2019)

70. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolutividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. (2019). Available online at: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>. (accessed April 6, 2019)

71. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à Saúde. (2015). Available online at: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>. (accessed April 3, 2019)

72. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. In: 14ª edição do Prêmio Innovare; 2017 Dec 5, Supremo Tribunal Federal, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2017).

73. Conselho Nacional de Justiça. Manual de Mediação Judicial. 6ª ed. Brasília: CNJ (2016).

74. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: Judicialização da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (2019).

75. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (2019).

76. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde (thesis/ doctorate thesis). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (2012).

77. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió/BR: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas (2016).

78. Costa IC. Judicialização da saúde e a Câmara Técnica de Saúde no tribunal de justiça da Paraíba (graduation monograph). Guabira/BR: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba (2014).

79. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. Revista de Investigações Constitucionais (2018):21.

80. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. (2017). Available online at: <https://www.tjce.jus.br/saude/>. (accessed April 2, 2019)

81. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. (2017). Available online at: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>. (accessed April 2, 2019)

82. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico (2017).
83. Ascom TJBA. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência II. (2018). Available online at: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.(accessed April 2, 2019)
84. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco (dissertation/master's thesis). Recife: Universidade Federal de Pernambuco (2016).
85. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (2016). Available online at: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>. (accessed April 6, 2019)
86. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2018).
87. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (2012).
88. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário. (2015). Available online at: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.(accessed April 6, 2019)
89. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's) (dissertation/master's thesis). Limeira: Universidade Estadual de Campinas (2017).
90. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decisionmaking in the Americas region: using the best available evidence and case studies. *Implementation Science* (2016) 11(117):12.
91. Arruda SC. Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* (2017) 6(1):25. doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i1.308>.
92. Pan American Health Organization. Health in the Americas+. Washington, D.C.: Pan American Health Organization (2017). Available online at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>.(accessed June 5, 2019)

93. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Health statistics and information systems. Geneva: World Health Organization (2010).
94. World Health Organization. Continuity and change: implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013. WHO Policy Perspectives on Medicines. Geneva: World Health Organization (2010).
95. Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (2009).
96. Ministério da Saúde. QUALIFARSUS: Programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (2016).
97. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1º rev ed. Brasília: Ministério da Saúde (2016).
98. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. CFF (2013) ano I(1):82.
99. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração. III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010 March 15 – 17, Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília/BR: CONSAD (2010).
100. Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). (2017). Available online at: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/i16indice.php>. (accessed April 6, 2019)
101. Mauad MLME, Tanaka NYY, Fazan WC. Protocolo inicial da comissão de análise de solicitações especiais para dieta enteral. In: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília/BR: Ministério da Saúde (2009).
102. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. CFF (2016) Ano IV(4):192.
103. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração. II Congresso Consad de Gestão Pública; 2009 May 6 - 8, Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília-DF. Brasília: CONSAD (2009).
104. Chayamiti EMPC, Coordenadora. Manual do serviço de atenção domiciliar. 2ª revisão. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (2018).
105. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. In: VIII edição do Prêmio Inovare; 2011

Dec 15, Tribunal Federal de Justiça, Brasília, Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Innovare (2011).

106. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador (2007).

107. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo (2018).

108. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na secretaria de Estado da saúde do Paraná. In: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2015).

109. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília/BR: CONASS (2005).

110. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2018).

111. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul (2015).

112. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais (dissertation/master's thesis). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (2015).

113. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, et al. Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Teatro Municipal de São Paulo. São Paulo/BR: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão (2008).

114. Araújo AFS. Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. Cad Ibero-Amer Dir Sanit (2014) 3(2):7.

115. Costa EA, Araújo PS, Pereira MT, Souto AC, Souza GS, Guerra Junior AA, et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. Revista de Saúde Pública (2017) 51.

116. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. Revista de Saúde Pública (2017) 51.

117. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JMD, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. *Revista de Saúde Pública* (2017) 51(suppl.2). doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007146.
118. Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FDA, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. *Revista de Saúde Pública* (2017) 51(suppl.2). doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007120.
119. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: a perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (dissertation/master's thesis). Rio de Janeiro/BR: Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (2008).
120. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução nº 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande/BR: Diário Oficial do Estado (2018).
121. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus. (2013). Available online at: <http://www.tjms.jus.br/nat/>. (accessed April 6, 2019)
122. Garofalo G, Baseio C, Campos L, Alonso MS. Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde (2012).
123. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, editor. *Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015*. 1ª ed. Brasileiro: CONASS (2015).
124. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. *Assistência Farmacêutica*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2008).
125. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. *A Defensoria*. (2019). Available online at: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>. (accessed April 6, 2019)
126. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. *Sistema Hórus*. (2013). Available online at: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacaceutica/sistema-horus/sobre-o-sistema>. (accessed April 2, 2019)
127. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT, editors. *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde*. 3. 1ª ed. Brasília/BR: CONASS (2018).

128. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA (2010) 7(84):12.
129. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (2017).
130. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Ato normativo conjunto Nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória/BR: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (2018).
131. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES. (2018). Available online at: <https://saude.es.gov.br/Noticia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>. (accessed April 3, 2019)
132. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília/BR: CONASS (2011).
133. Brasil. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde (2016).
134. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro”. (dissertation/master’s thesis). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (2011).
135. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia. (2019). Available online at: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>. (accessed April 6, 2019)
136. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirotta KCM, Venâncio SI, Derbli M, et al. Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde (2015).
137. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal (dissertation/master’s thesis). Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (2013).
138. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. (2017). Available online at: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>. (accessed April 2, 2019)
139. Santos-Pinto CDB. Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2013).

140. Advocacia-Geral da União. Histórico da AGU Brasília (2012) [updated 29 apr 2013]. Available online at: [https://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/200644](https://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/200644). (accessed June 26, 2019)
141. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Available online at: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>. (accessed April 6, 2019)
142. Faglioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília: CONASS (2018).
143. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o Judiciário sobre as demandas dos alagoanos. (2015). Available online at: <http://www.saude.al.gov.br/2015/11/16/nucleo-de-saude-da-pge-facilita-respostas-para-o-judiciario-sobre-as-demandas-dos-alagoanos/>. (accessed April 6, 2019)
144. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). In: V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD; 2012 Nov 18 - 20, Salvador, Brazil. Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (2012).
145. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. (2019). Available online at: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>. (accessed April 6, 2019).
146. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no Tocantins para a minimização da judicialização da saúde. Revista ESMAT (2016) 8(11):27.
147. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde (dissertation/master's thesis). São Luís: Universidade Federal do Maranhão (2015).
148. Tribunal de Justiça do Maranhão. Portaria-GP nº 6832018. Dispõe sobre a composição da Comissão do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. São Luís: Tribunal de Justiça do Maranhão (2018).
149. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde (2015) 6(Supl. 4):18.

150. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo (2012).
151. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Can court injunctions guarantee access to medicines in the public sector? The experience in the State of Rio de Janeiro, Brazil. [Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, in Portuguese]. *Cadernos de Saude Publica* (2005) 21:525-34. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200019.
152. World Bank. Brazil - Governance in Brazil's Unified Health System: Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. Washington, DC: (2007) Contract N°.: 36601-BR.
153. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão Pública. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA); *Cadernos GESPÚBLICA – Documento de Referência*. Brasília: MP, GESPÚBLICA, SEGES (2007).
154. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA: modelo de excelência em gestão pública. Versão 1/2014 ed. Brasília/BR: MP, SEGEP (2014).
155. Brasil. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União (1992).
156. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Legal Instruments. Paris: OECD (2018). Available online at: <http://www.oecd.org/legal/legal-instruments.htm>. (accessed March 14, 2020)
157. World Bank. World Development Report 2005: A Better Investment Climate for Everyone. World Bank (2004). Available online at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5987>. (accessed March 14, 2020)
158. Handtke O, Schilgen B, Mösko M. Culturally competent healthcare: A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLOS ONE* (2019) 14(7):e0219971. doi: 10.1371/journal.pone.0219971.

## APÊNDICES

### Apêndice 1. Lista de verificação do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*, extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR).

Seção	Item	Lista de verificação PRISMA-ScR	Relatado na página #
<b>Título</b>			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo	1
<b>Abstrata</b>			
Resumo estruturado	2	Forneça um resumo estruturado que inclui (caso aplicável): antecedentes, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de gráficos, resultados e conclusões que se relacionam com as questões e objetivos da revisão	2
<b>Introdução</b>			
Lógica	3	Descreva o raciocínio para a revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as perguntas/objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	3
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita das questões e objetivos abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes utilizados para conceituar as questões de revisão e/ou objetivos.	3
<b>Métodos</b>			
Protocolo e registo	5	Indique se existe um protocolo de revisão; estado e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço da <i>Web</i> ); e, se disponível, forneça informações de registo, incluindo o número de registo.	Não aplicável
Crítérios de elegibilidade	6	Especificar as características das fontes de evidência utilizadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e fornecer uma fundamentação.	3-5
Fontes de informação*	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bancos de dados com datas de cobertura e contato com os autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi executada.	6
Busca	8	Apresente a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos 1 banco de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de tal forma que possa ser repetido.	6 e apêndice 2
Seleção de fontes de evidência†	9	Indique o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão de escopo.	7
Processo de mapeamento de dados‡	10	Descreva os métodos de traçar dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários ou formulários calibrados que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se os gráficos de dados foram feitos de forma independente ou em duplicado) e quaisquer processos para obter e confirmar dados pelos investigadores.	7-8
Itens de dados	11	Listar e definir todas as variáveis para as quais os dados foram procurados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	8
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência§	12	Se feito, forneça uma justificativa para a realização de uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descrever os métodos utilizados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	Não aplicável
Síntese dos resultados	13	Descreva os métodos de manipulação e síntese dos dados que foram mapeados.	8
<b>Resultados</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	Fornecer números de fontes de evidência rastreadas, avaliadas quanto à elegibilidade, e incluídas na revisão, com motivos para exclusões em cada etapa, idealmente usando um diagrama de fluxo.	9 e Diagrama de fluxo

Seção	Item	Lista de verificação PRISMA-ScR	Relatado na página #
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresentam características para as quais os dados foram mapeados e fornecem as citações.	Apêndice 3
Avaliação crítica dentro de fontes de evidência	16	Se feito, apresente dados sobre a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	Não aplicável
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados que se relacionam com as perguntas e os objetivos da revisão.	10-13, Apêndice 3
Síntese dos resultados	18	Resumir e/ou apresentar os resultados de gráficos como eles se relacionam com as perguntas e objetivos de revisão.	10-13
<b>Discussão</b>			
Resumo das provas	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidência disponíveis), vincule - se às perguntas e aos objetivos da revisão e considere a relevância para os grupos-chave.	13-24
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão de escopo.	24
Conclusões	21	Fornecer uma interpretação geral dos resultados em relação às questões de revisão e objetivos, bem como as implicações potenciais e/ou próximas etapas.	24-25
<b>Financiamento</b>			
Financiamento	22	Descrever fontes de financiamento para as fontes de evidência incluídas, bem como fontes de financiamento para a revisão de escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão do escopo.	26

JBÍ = Instituto Joanna Briggs; PRISMA-ScR = itens de relatórios preferidos para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo.

\* Onde são compiladas *fontes de evidência* (ver segunda nota de rodapé), tais como bases de dados bibliográficas, plataformas de redes sociais e *Web sites*.

† Um termo mais inclusivo/heterogêneo usado para dar conta dos diferentes tipos de evidências ou fontes de dados (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião de especialistas e documentos de política) que podem ser elegíveis em uma revisão de escopo, em oposição a apenas estudos. Isto não deve ser confundido com *fontes de informação* (ver primeira nota de rodapé).

‡ As estruturas de Arksey e O'Malley (6) e Levac e colaboradores (7) e a orientação do JBI (4, 5) referem-se ao processo de extração de dados em uma revisão de escopo como gráficos de dados.

§ O processo de examinar sistematicamente evidências de pesquisa para avaliar sua validade, resultados e relevância antes de usá-lo para informar uma decisão. Este termo é usado para os itens 12 e 19 em vez de "risco de viés" (que é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções) para incluir e reconhecer as várias fontes de evidência que podem ser usadas em uma revisão de escopo (por exemplo, quantitativa e/ou qualitativa investigação, opinião de peritos e documento de política).

Fonte: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850

**Apêndice 2.** Estratégia de busca nas bases de dados

1. Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil, no Banco de teses da Capes e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

→ (judicialização OR judicialisation OR judicialization OR judicialización)

→ AND

→ (saúde OR salud OR health)

2. Outras fontes de literatura cinzenta

→ Judicialização OR judiciais OR judicial

→ AND

→ saúde

**Apêndice 3.** Quadro das estratégias e dos documentos incluídos na revisão de escopo

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
1	Ribeirão Preto/SP	2002	Comissão de Análise de Solicitações Especiais <sup>(1, 2)</sup>	Fornecer parecer técnico relativo à solicitação de medicamentos e equipamentos junto ao Ministério Público Estadual (Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão de Ribeirão Preto) e ao Poder Judiciário de Ribeirão Preto/SP.	Apoio técnico ao judiciário/ Solução consensual de conflitos
2	Ribeirão Preto/SP	2002	Visita domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (expansão das funções) <sup>(3, 4)</sup>	Promover e proteger a saúde da família, a partir da assistência de um caso índice, orientar a família/cuidador, incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador para o autocuidado e estabelecer mecanismo de integração entre a rede de serviços da saúde e a família.	Organização da assistência
3	Campo Grande/MS	2005	Coordenadoria de Ação Judicial <sup>(5)</sup>	Trabalhar no monitoramento, assessoramento e cumprimento das Ações Judiciais, além de agilizar e otimizar os atendimentos.	Cumprimento das resoluções judiciais
4	Curitiba/PR	2005	Fluxo de atendimento à determinação judicial para fornecimento de medicamentos <sup>(6-9)</sup>	Garantir o acesso da população aos medicamentos dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Acompanhar e auxiliar o cumprimento das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica no Estado. Gerenciar os medicamentos demandados judicialmente.	Cumprimento das resoluções judiciais
5	São Paulo/SP	2005	Sistema de Controle Jurídico (SCJ) <sup>(10, 11)</sup>	Concentrar os dados relevantes de todas as ações ajuizadas (nome do paciente, dados pessoais, doença, medicamentos e produtos solicitados, dados do processo, do advogado, do médico e do serviço de saúde).	Sistema informatizado de informações
6	Vitória/ES	2006	Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) <sup>(12, 13)</sup>	Atualizar periodicamente o elenco de medicamentos da REMEME, participar da elaboração de protocolos clínicos para situações especiais não contempladas nos Protocolos do Ministério da Saúde e avaliar as solicitações de medicamentos não padronizados, originadas das farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais.	Comissão de farmácia e terapêutica
7	Belo Horizonte/MG	2007	Núcleo de Assessoria Técnica da SES MG (NAT/SES MG ou Assessoria Técnica) <sup>(14, 15)</sup>	Acompanhar, atender e analisar as ações judiciais apoiando a Assessoria Geral do Estado, além de atender demandas extraordinárias, conforme estabelecido pelo Secretário de Estado de Saúde.	Defesa do ente público

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
8	Curitiba/PR	2007	Plano Operacional <sup>(7, 8)</sup>	Fornecer medicamentos em atendimento às determinações judiciais, cumprindo todas as exigências de cada processo de forma individualizada; adotar fluxo virtual para otimizar o tempo e os processos de trabalho realizados pelo Setor de Medicamentos por Demanda Judicial, melhorando substancialmente a comunicação entre todos os envolvidos.	Organização da assistência
9	Ribeirão Preto/SP	2007	Visita domiciliar <sup>(3, 16)</sup>	Instrumento de realização da atenção domiciliar, sendo constituído de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde.	Organização da assistência
10	Rio de Janeiro/RJ	2007	Sistema de Pedido Administrativo (realizado no CADJ) <sup>(17-19)</sup>	Receber as intimações referentes à Defensoria Pública e ao Ministério Público nas ações de saúde, dar cumprimento as decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordenas judiciais, para evitar a utilização da dispensa de licitação por emergência para a aquisição desses itens e agilizar a prestação de serviço dos casos judicializados.	Processo administrativo
11	São Paulo/SP	2007	Relatório Técnico CODES <sup>(10, 11, 20)</sup>	Relatório técnico que explica em linguagem de fácil compreensão a moléstia que acomete o demandante, a pertinência da terapia medicamentosa que está sendo reclamada e as opções ou alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS.	Defesa do ente público
12	São Paulo/SP	2007	Triagem Farmacêutica <sup>(11, 21)</sup>	Reduzir as ações em trâmite na Justiça por meio de um mecanismo de solução de conflito extrajudicial.	Solução consensual de conflitos
13	Vitória/ES	2007	Centros de Referência (Auditoria clínica) <sup>(12, 13)</sup>	Implantar um sistema de regulação da prescrição e promoção do uso racional de medicamentos fornecidos pelas Farmácias Estaduais de Medicamentos Excepcionais.	Organização da assistência
14	Vitória/ES	2007	Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES) <sup>(12, 13, 22)</sup>	Conduzir a implementação da Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo, objetivando a garantia do seu propósito maior de prover o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando para promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus cidadãos.	Organização da assistência

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
15	Vitória/ES	2007	Núcleo de Mandados Judiciais (2017) <sup>(12)</sup>	Atender as demandas judiciais, assim como orientar e fornecer subsídios ao Ministério Público, Promotoria, Procuradoria e Poder Judiciário sobre questões relacionadas a medicamentos.	Cumprimento das resoluções judiciais
16	Vitória/ES	2007	Projeto Farmácia Cidadã <sup>(6, 12)</sup>	Ampliar o acesso aos medicamentos e de aprimorar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários de medicamentos de alto custo do estado, pois, as condições das farmácias antigas eram deficientes.	Organização da assistência
17	Rio de Janeiro/RJ	2007	Central de Atendimento à Demanda Judicial (CADJ) (Central Única ou Central de Mandados) <sup>(19, 23)</sup>	Tentativa da resolução das demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do Município ou do componente especializado e competência do Estado.	Cumprimento das resoluções judiciais
18	São Paulo/SP	2008	Núcleo de Inteligência <sup>(24)</sup>	Mapear todas as ações e estudar os autores envolvidos nesse intrincado fenômeno chamado judicialização, por meio de um software. A finalidade da ação conjunta é agregar valor às informações até então colhidas e identificar o motivo dessa crescente demanda que assolava o Estado.	Organização da assistência
19	São Paulo/SP	2008	8ª Subprocuradoria, da Procuradoria Judicial, da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo (PJ 8) <sup>(10, 11, 25)</sup>	Aprimorar a atuação da Procuradoria-Geral do Estado junto ao Superior Tribunal de Justiça e ao Supremo Tribunal Federal.	Defesa do ente público
20	Belo Horizonte/MG	2009	Ação Sentenças Judiciais via Fundo Estadual de Saúde (FES MG) <sup>(15, 26)</sup>	Rubrica própria para o atendimento a “sentenças” judiciais.	Cumprimento das resoluções judiciais
21	Brasília/DF	2009	Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica (Hórus) <sup>(27, 28)</sup>	Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS, contribuindo para a ampliação do acesso aos medicamentos e a qualificação da atenção à saúde prestada à população.	Sistema informatizado de informações
22	Mauá/SP	2009	Setor de Ação Judicial da Assistência Farmacêutica <sup>(29)</sup>	Planejamento e reorganização das ações.	Cumprimento das resoluções judiciais

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
23	Natal/RN	2009	Comitê Interinstitucional de Resoluções Administrativas de Demandas da Saúde (CIRADS) <sup>(30-32)</sup>	Atender ao cidadão através da efetivação das políticas públicas de saúde já existentes no SUS, promovendo a conciliação administrativa para evitar a judicialização desnecessária de ações de saúde ou promover a conciliação em ações já ajuizadas e em que há a possibilidade de atendimento do pleito pelo Poder Público, bem como procurar soluções gerais para questões de saúde, a fim de beneficiar os assistidos pelo SUS.	Solução consensual de conflitos
24	Porto Alegre/RS	2009	Ação de Planejamento Sistêmico com Foco na Saúde <sup>(33, 34)</sup>	Facilitar o acesso ao sistema de saúde e garantir efetividade a esse direito, através de soluções extrajudiciais.	Organização da assistência
25	Rio de Janeiro/RJ	2009	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) <sup>(17, 19, 35, 36)</sup>	Auxiliar os magistrados na tomada de decisões acerca do tema; fornecer subsídios técnicos a magistrados e defensores públicos nas ações judiciais que tenham por objetivo, compelir o Estado do Rio de Janeiro ao fornecimento de insumos, medicamentos ou tratamentos médicos.	Apoio técnico ao judiciário
26	São Paulo/SP	2009	Atendimento Administrativo <sup>(11, 25, 37, 38)</sup>	Uniformizar o recebimento, pela SES, de pedidos administrativos de medicamentos não padronizados pelo SUS.	Processo administrativo
27	Três Rios/RJ	2009	Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (Napass) (Câmara Técnica) <sup>(39, 40)</sup>	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.	Defesa do ente público
28	Porto Alegre/RS	2010	Comitê Executivo Estadual da Saúde <sup>(33, 34)</sup>	Reduzir, de forma expressiva, os números de ações que pleiteiam insumos ou serviços de saúde, pois o atendimento ao paciente no seu direito à saúde deve-se dar de forma menos gravosa aos entes públicos, tão carentes de recursos e com constante ampliação de demandas institucionais.	Comitê estadual da saúde
29	São Paulo/SP	2010	Sistema CODES (S-CODES) <sup>(20, 41)</sup>	Controle e gerenciamento das demandas judiciais.	Sistema informatizado de informações
30	Araguaína/TO	2011	Núcleo de Apoio Técnico Municipal de Araguaína (NAT Municipal) <sup>(42-45)</sup>	Atuar como meio de solução administrativa estimulando o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Sociedade Civil (usuários), prevenindo e evitando a judicialização das demandas sobre assistência à saúde, é também, uma ferramenta de apoio ao	Processo administrativo/ Solução

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
				Judiciário para emitir decisões, no sentido de construir pareceres técnicos quanto ao direito sanitário e as políticas públicas que envolvem o direito a saúde pública.	consensual de conflitos
31	Araguaína/TO	2011	Resolução Administrativa de Conflitos <sup>(43, 44)</sup>	Dar voz aos usuários do SUS, acolhendo suas manifestações, fornecendo respostas individualizadas que possam atender às necessidades pontuadas, e desta forma, busca ainda contribuir com informações que possam subsidiar a gestão no processo de contínua melhoria da assistência à saúde em Araguaína. Evitar a judicialização e subsidiar os magistrados nas decisões sobre as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Incentivar, educar e conscientizar o cidadão, agregando efeitos pedagógicos, no sentido de acessar diretamente o sistema de saúde gerido pelo Poder Executivo local, já que os serviços estão disponíveis. Em contrapartida, exigir do gestor saúde, a implementação e a execução com eficiência das Políticas Públicas previstas para a saúde.	Processo administrativo
32	Belo Horizonte/MG	2011	Cooperação Técnica Núcleo da Defensoria especializada da saúde <sup>(15, 46, 47)</sup>	Atuar de forma consistente o atendimento das demandas de concessão de medicamentos, procedimentos e insumos médicos e de saúde, em face do SUS, priorizando-se a solução administrativa por meio de equipe multidisciplinar, diminuir o número de demandas judiciais, e promover a integração entre as entidades e evitar demandas judiciais que envolvam prestações de saúde	Solução consensual de conflitos
33	Brasília/DF	2011	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (Conitec) <sup>(48)</sup>	Fornecer esclarecimentos aos Procuradores dos Ministérios Públicos, ainda na fase de inquérito civil, acerca da disponibilização de tecnologias em saúde pelo SUS, o que por vezes pode evitar o ajuizamento de novas ações judiciais. Fornecer subsídios técnicos à Advocacia Geral da União para a defesa da União em ações judiciais. Fornecer subsídios técnicos aos Juízes para que possam dispor de informações que lhes permitam tomar decisões em pedidos de concessão de liminares em ações judiciais.	Comissão de farmácia e terapêutica
34	Brasília/DF	2011	Núcleo de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal <sup>(49)</sup>	Melhorar a prestação de serviço ao indivíduo que requer atendimento pelo SUS e que ainda não recorreu ao Poder Judiciário.	Processo administrativo

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
35	Campo Grande/MS	2011	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus 2016) <sup>(50)</sup>	Assessorar o Poder Judiciário Estadual, com informações técnicas, nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos, exames, internações e demais tratamentos em face do SUS.	Apoio técnico ao judiciário
36	Curitiba/PR	2011	Comitê Executivo de Saúde do Paraná <sup>(7)</sup>	Subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.	Comitê estadual da saúde
37	Recife/PE	2011	Núcleo de Assistência Técnica em Saúde (NAT-JUS) de Pernambuco <sup>(51)</sup>	Promover a elucidação das demandas oriundas de processos judiciais que envolvem questões de saúde pública, funcionando como uma ferramenta de apoio aos magistrados, para permitir maior esclarecimento a respeito do tema.	Apoio técnico ao judiciário
38	São Luís/MA	2011	Comitê Executivo do Estado do Maranhão <sup>(52, 53)</sup>	Monitorar as demandas de saúde no Estado do Maranhão e pela proposição de medidas concretas e normativas de subsídio aos magistrados.	Comitê estadual da saúde
39	Belo Horizonte/MG	2012	Mediação Sanitária <sup>(54)</sup>	Discutir os diversos problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, de modo a permitir uma interação democrática entre os participantes. Apoiar os Promotores de Justiça com atuação na defesa da saúde e outros atores na resolução das complexas demandas em saúde, com ênfase na adoção de medidas preventivas de alcance coletivo, buscando construir soluções por meio de consenso e substituindo, quando possível, a judicialização da política de saúde.	Solução consensual de conflitos
40	Belo Horizonte/MG	2012	Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital das Clínicas (2012 a 2014) <sup>(55)</sup>	Fornecer análises críticas sobre novas tecnologias e processos, seu valor clínico e suas possibilidades de incorporação na prática clínica, além de promover a prática em saúde baseada em evidências, por meio de núcleos de estudos, prática e disseminação do conhecimento, assim como a cultura dos ciclos de melhoria pelo aprendizado e liderança compartilhados.	Apoio técnico ao judiciário
41	João Pessoa/PB	2012	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>(50)</sup>	Subsidiar o Poder Judiciário Estadual com informações técnicas nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos, órtese e prótese, exames, internações e tratamentos clínicos ou cirúrgicos do SUS.	Apoio técnico ao judiciário
42	Lages/SC	2012	Núcleo de Conciliação de Demandas em Saúde <sup>(43, 56-58)</sup>	Central de conciliação pré-processual é um modelo de solução de conflitos que objetiva proporcionar uma alternativa à judicialização de demandas em saúde, para atender com efetividade e eficácia as solicitações de medicamentos, bem como, exames, procedimentos e/ou tratamentos cirúrgicos, insumos e outros pelos usuários do SUS ainda não judicializadas.	Solução consensual de conflitos

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
43	Natal/RN	2012	SUS Mediado Natal <sup>(59-63)</sup>	Garantir maior efetividade às políticas públicas de saúde no Estado do Rio Grande do Norte, evitar demandas judiciais e assegurar o acesso aos usuários hipossuficientes do SUS a medicamentos e procedimentos médicos de responsabilidade do Estado do Rio Grande do Norte, previstos perante o SUS.	Solução consensual de conflitos
44	Palmas/TO	2012	Comitê Executivo para Monitoramento das Ações de Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS-TO) <sup>(42, 45, 64)</sup>	Coordenar e executar ações de naturezas específicas, consideradas relevantes no âmbito dos serviços de cuidados e atenção à saúde, e propiciar o amplo e aberto diálogo em prol da composição prévia para a solução das demandas individualizadas e coletivas, com o propósito de evitar a judicialização. Monitorar as ações judiciais que envolvem a prestação de assistência à saúde, tais como, o fornecimento de medicamentos e de produtos, exames, intervenções cirúrgicas, disponibilização de leitos de UTI etc.	Comitê estadual da saúde
45	Porto Alegre/RS	2012	Utilização do Sistema de Administração de Medicamentos (AME) <sup>(34, 65)</sup>	Registrar todas as entregas de medicamentos deferidas por ordens judiciais.	Sistema informatizado de informações
46	Porto Alegre/RS	2012	Departamento Médico Judiciário (DMJ) <sup>(66)</sup>	Proceder exames e elaborar pareceres técnicos destinados a instruir processos judiciais e administrativos.	Apoio técnico ao judiciário
47	Rio de Janeiro/RJ	2012	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) <sup>(17, 19, 59, 67)</sup>	Promover o atendimento de partes assistidas pela DPE e pela DPU e que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico ou clínico, internação ou exame médico.	Solução consensual de conflitos
48	Salvador/BA	2012	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) (2017) <sup>(68-70)</sup>	Atribuição exclusiva de prestar informações especializadas em Saúde Baseada em Evidências aos magistrados, visando a subsidiá-los na tomada de decisões que envolvam a pertinência clínica e contratual ou de política pública, conforme o caso, de medicamentos, produtos, insumos terapêuticos, procedimentos cirúrgicos e nos exames diagnósticos, internações ou afins, relativos ao setor público (SUS) ou à saúde suplementar (seguros ou planos de saúde).	Apoio técnico ao judiciário
49	São Paulo/SP	2012	Comissão de Farmacologia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo <sup>(37, 38, 71)</sup>	Assessorar o Titular da Pasta na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos.	Comissão de farmácia e terapêutica

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
50	São Paulo/SP	2012	Triagem Farmacêutica no Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFAZ) <sup>(25, 72)</sup>	Fazer uma análise prévia do processo, por técnicos da SES-SP junto às varas dos juizados especiais da Fazenda Pública, a fim de identificar outros meios para o paciente, que não seja a judicialização, diminuir as ações judiciais desnecessárias, o incremento no uso racional de medicamentos com maior segurança e efetividade e reinserir o paciente no SUS, o quanto possível.	Solução consensual de conflitos
51	Brasília/DF	2013	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) <sup>(43, 59, 62, 73)</sup>	Buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite e fortalecer os mecanismos extrajudiciais de efetivação do direito à saúde.	Solução consensual de conflitos
52	Franca/SP	2013	Transferência de cidadãos da farmácia de atendimento judicial para farmácias de medicamentos especializados da Assistência Farmacêutica <sup>(74)</sup>	Demonstrar os benefícios do atendimento de pacientes através das Farmácias de Medicamentos Especializados da Assistência Farmacêutica em detrimento da via judicial. Promover uso racional de medicamentos através do fornecimento deles com orientação, segurança e eficácia terapêutica além de reduzir os gastos com judicialização.	Organização da assistência
53	Maceió/AL	2013	Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS) <sup>(75, 76)</sup>	Assistir aos secretários de Estado da Saúde e Municipal de Saúde de Maceió, respectivamente, nas análises pertinentes aos processos judiciais que digam respeito estritamente ao fornecimento de serviço área de saúde, no âmbito do SUS, em Alagoas. Promover estudos, análises, seminários e outros eventos relativos à tramitação e/ou tramitação de processos judiciais, na área da Saúde, em Alagoas. Assistir a DPU e/ou do Estado de Alagoas, quando requisitado, bem como, ao Poder Judiciário Federal e Estadual, respectivamente, no tocante aos processos referentes a assuntos da área da saúde, no âmbito do SUS, em Alagoas. Cooperar com as áreas técnicas das mencionadas secretarias, estritamente no que diz respeito a demandas judiciais referentes à saúde, no âmbito do SUS, em Alagoas	Cumprimento das resoluções judiciais /processo administrativo
54	Palmas/TO	2013	NAT Estadual (NAT-JUS Estadual -TO) <sup>(42, 45, 77)</sup>	Disponibilizar subsídios técnicos aos Magistrados Tocantinenses nas demandas de saúde pública que tenham por finalidade ações e serviços ofertados pelo SUS, no sentido de aprimorar os conhecimentos técnicos dos Magistrados, e, dessa	Apoio técnico ao judiciário

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
				forma, dar mais segurança na tomada de decisões, por intermédio de intercâmbio de informações institucionais.	
55	Rio de Janeiro/RJ	2013	Sistema Câmara de Saúde <sup>(19)</sup>	Serve de ferramenta de auxílio à gestão.	Sistema informatizado de informações
56	Belém/PA	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde (CIRADS) <sup>(78)</sup>	Analisar os casos concretos em que o indivíduo, assistido ou não pelo SUS, alegue não ter recebido o devido atendimento, a fim de identificar as causas do problema e encaminhar soluções, para ciência e confirmação dos termos apresentados. Atuar no atendimento administrativo do pleito, evitando a sua judicialização, assim como nos tratamentos de saúde (fornecimento de medicamentos, insumos, materiais e serviços de saúde) previstos nas competências do SUS e não tenha sido prestado, bem como naquelas hipóteses em que, por algum motivo, o médico indicou tratamento diverso dos que são oferecidos pelo SUS.	Solução consensual de conflitos
57	Belo Horizonte/MG	2014	Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) <sup>(26, 54, 79)</sup>	Propor e implementar métodos e rotinas de trabalho que agilizem a execução das demandas de sua área de atuação. Promover ações para garantir o cumprimento de decisão judicial que determinem o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos médicos e/ou hospitalares. Executar, dentro de sua esfera de atribuições, outros encargos que lhe forem atribuídos.	Organização da assistência
58	Recife/PE	2014	Núcleo de Ações Judiciais (NAJ) <sup>(51)</sup>	Agilizar o cumprimento dos mandados judiciais e respostas aos requerimentos administrativos na área da Saúde visando atender de forma ágil aos pacientes que buscam, por meio da Justiça, acesso a medicamentos, insumos e equipamentos, internações, próteses e órteses, além de outros tratamentos da rede pública.	Cumprimento das resoluções judiciais
59	Uberlândia/MG	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Uberlândia (CIRDS) <sup>(80)</sup>	Manifestar-se previamente, ou seja, antes da fase judicial, sobre os pedidos referentes ao fornecimento de medicamentos, tendo por objetivo a resolução extrajudicial nos termos das diretrizes do SUS.	Solução consensual de conflitos
60	Cantagalo/RJ	2015	Atendimento Extrajudicial na Saúde Pública <sup>(81)</sup>	Atender a população que busca acesso aos serviços de saúde pública no Município de Cantagalo/RJ.	Solução consensual de conflitos

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
61	Curitiba/PR	2015	Procuradoria de Saúde Paranaense <sup>(7, 82)</sup>	Atuar na defesa do ente público em todas as demandas envolvendo o direito à saúde nos feitos ajuizados em Curitiba, fossem eles movidos na Justiça Estadual ou Federal.	Defesa do ente público
62	Macapá/AP	2015	Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (NOAT) <sup>(83)</sup>	Dar solução em demandas de saúde e evitar processos judiciais, além de fornecer canais que possibilitam um contato fácil e ágil, mesmo daqueles que residem em lugares com pouco acesso à informação.	Processo administrativo
63	Maceió/AL	2015	Subunidade de Licitações, Contratos e Convênios da Procuradoria Geral do Estado (PGE) <sup>(84)</sup>	Reduzir o tempo de resposta para o cumprimento das ações judiciais.	Defesa do ente público
64	São Luís/MA	2015	Portal de Atenção à Saúde (PAS) <sup>(85, 86)</sup>	Evitar a judicialização e buscar soluções administrativas, no que diz respeito ao acesso a medicamentos, exames, internações, tratamentos e transferências hospitalares, utilizando mediação, conciliação e informação.	Solução consensual de conflitos
65	Vitória/ES	2015	Projeto Gestão Estratégica da Judicialização <sup>(87)</sup>	Estruturar o serviço de demandas judiciais da SESA, para sistematizar a prática e gerar ações estratégicas de enfrentamento das demandas justificáveis e injustificáveis, com o fortalecimento da interlocução com os operadores do Direito e os atores externos da sociedade que demandam de diversas maneiras a Secretaria de Estado da Saúde sobre as questões da Judicialização.	Organização da assistência
66	Fortaleza/CE	2016	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) <sup>(88, 89)</sup>	Atender às solicitações de esclarecimentos em ações judiciais que envolvam prestação de assistência à saúde no SUS.	Apoio técnico ao judiciário
67	Macapá/AP	2016	Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS) <sup>(90, 91)</sup>	Oferecer embasamento especializado multidisciplinar aos magistrados em decisões que envolvam casos relacionados à saúde pública ou particular e diminuir a judicialização.	Apoio técnico ao judiciário
68	Maceió/AL	2016	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>(92)</sup>	Fornecer informações especializadas, sem caráter vinculativo, visando subsidiar os magistrados em suas decisões que envolvam a pertinência técnica ou contratual de benefícios, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, internações ou afins, relativo ao setor SUS ou à saúde suplementar.	Apoio técnico ao judiciário
69	Natal/RN	2016	NAT-Jus Rio Grande do Norte <sup>(93)</sup>	Responsável pela elaboração de documentos técnicos e especializados, na área da saúde, para auxiliar magistrados na formação de um juízo de valor, por ocasião	Apoio técnico ao judiciário

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
				da apreciação de questões clínicas apresentadas nas ações judiciais, envolvendo a assistência à saúde pública, na forma da Recomendação n.º 31/2010 e Resolução n.º 238/2016, ambas do Conselho Nacional de Justiça.	
70	Palmas/TO	2016	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus) de Palmas <sup>(45)</sup>	Reduzir o gasto irracional dos recursos públicos decorrentes da judicialização, comprometido com a melhoria da qualidade da prestação de serviços públicos de saúde no município de Palmas, com vistas à sustentabilidade do SUS, e garantir maior celeridade e desburocratização ao serviço público, proporcionando maior eficiência do serviço prestado ao cidadão.	Apoio técnico ao judiciário
71	São Paulo/SP	2016	Serviços de Triagem e Orientação Farmacêutica e Nutricional (Acessa SUS) <sup>(94-96)</sup>	Diminuir as ações judiciais desnecessárias e fornecer informações sobre alternativas de remédios e tratamentos já existentes na rede pública, por meio do atendimento direto à população e das demandas provenientes do Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário estaduais.	Processo administrativo/ Solução consensual de conflitos
72	Vitória/ES	2016	Procedimento Extrajudicial de Saúde (Sistema PES) <sup>(97)</sup>	Resolução de forma administrativa sem a necessidade de dar prosseguimento para a judicialização.	Sistema informatizado de informações
73	Belém/PA	2017	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS Pará) <sup>(78)</sup>	Organizar e promover o atendimento das demandas judiciais relativas à saúde pública no âmbito do Estado de Pará e prestar apoio técnico aos magistrados de primeira e segunda instâncias nas demandas que envolvam direito à saúde pública.	Apoio técnico ao judiciário
74	Brasília/DF	2017	Cadastro Nacional de Pareceres, Notas e Informações Técnicas (e-NAT-Jus) <sup>(98)</sup>	Subsidiar os magistrados de todo o País em ações judiciais na área da saúde e evitar o conflito de opiniões entre diferentes NATs, por meio de uma ferramenta com evidências técnicas e científicas.	Sistema informatizado de informações
75	Campo Grande/MS	2017	Comitê Estadual do Fórum do Judiciário para a Saúde <sup>(5, 99)</sup>	Aconselhar e sugerir aos Entes Federativos, Magistrados, classe médica e demais operadores do direito envolvidos com saúde pública, medidas que visem amenizar o problema da judicialização da saúde, além de estreitar laços com as principais esferas políticas, por meio de política judiciária voltada ao gerenciamento da área da saúde.	Comitê estadual da saúde

nº	Município/ Estado	Ano de implantação	Denominação da estratégia	Objetivos	Categoria da estratégia
76	Palmas/TO	2017	Núcleo de Demandas Judiciais <sup>(42)</sup>	Setor exclusivo para o trâmite administrativo para dar cumprimentos às demandas judiciais recebidas pela SES.	Cumprimento das resoluções judiciais
77	Campo Grande/MS	2018	Cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica <sup>(99, 100)</sup>	Cumprir a liminar ou sentença mediante depósito judicial do valor necessário para que o paciente adquira diretamente o produto, pelo período até 180 (cento e oitenta) dias.	Cumprimento das resoluções judiciais
78	Vitória/ES	2018	Portal Eletrônico de Intimação Judicial <sup>(101, 102)</sup>	Dar mais agilidade ao cumprimento das ações judiciais, centralizando e padronizando o recebimento das intimações na SESA.	Sistema informatizado de informações

**Legendas:** AL - Alagoas; AP - Amapá; BA - Bahia; CE - Ceará; CODES - Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS; DF - Distrito Federal; DPE - Defensoria Pública do Estado; DPU - Defensoria Pública da União; ES - Espírito Santo; MA - Maranhão; MG - Minas Gerais; MS - Mato Grosso do Sul; NAT - Núcleo de Apoio Técnico; PA - Pará; PB - Paraíba; PE - Pernambuco; PR - Paraná; REMEME - Relação Estadual de Medicamentos; RJ - Rio de Janeiro; RN - Rio Grande do Norte; RS - Rio Grande do Sul; SC - Santa Catarina; SES ou SESA- Secretaria de Estado de Saúde; SP - São Paulo; SUS - Sistema Único de Saúde; TO - Tocantins; UTI - Unidade de terapia intensiva.

Dados conferidos em março/2019.

### Referências do apêndice 3

1. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, *et al.* Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
2. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
3. Secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ribeirão Preto: Prefeitura da cidade de Ribeirão Preto; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/i16indice.php>.
4. Mauad MLME, Tanaka NYY, Fazan WC. Protocolo inicial da comissão de análise de solicitações especiais para dieta enteral. In: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 122.
5. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
6. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2013;ano I(1):82.
7. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na secretaria de Estado da saúde do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
8. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília: CONASS; 2005. p. 140.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência Farmacêutica. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008.
10. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, *et al.* Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de

Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.

11. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. Salvador: Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado; 2011 [citado em 2019 abril 6]. [Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>].
12. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. III Congresso CONSAD de Gestão Pública; 15 a 17 de março de 2010. Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2010. p. 31.
13. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Congresso CONSAD de Gestão Pública; 6 a 8 de maio de 2009. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2009. p. 24.
14. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD - EnAPG; 18 a 20 de novembro de 2012, Salvador/BA. Maringá: Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração; 2012.
15. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2012.
16. Chayamiti EMPC (Coord). Manual do serviço de atenção domiciliar. 2ª revisão. Ribeirão Preto: Secretaria municipal da saúde de Ribeirão Preto; 2018. 64 p.
17. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.
18. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
19. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS – 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.

20. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-CODES: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. 2010;7(84):12.
21. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A, Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz; 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2009.
22. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador; 2007. p. 5.
23. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: A perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2008.
24. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. VIII edição do Prêmio Innovare; 15 de dezembro de 2011. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro 2011.
25. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no Estado de São Paulo. Cad Ibero-amer Dir Sanit. 2017;6(1):19.
26. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
27. Costa KS, Nascimento Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública. 2012;46:91-9.
28. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. Sistema Hórus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/sistema-horus/sobre-o-sistema>.
29. Garofalo G, Baseio C, Campos L, Alonso MS. Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 102.
30. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
31. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem

burocracia e acesso do preso à Justiça; 3 de dezembro de 2010. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2010.

32. Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte. CIRADS. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2009 [atualizado em 2013; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046).

33. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

34. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.

35. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2012.

36. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

37. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>.

38. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirotta KCM, Venâncio SI, Derbli M, *et al.* Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 344 p.

39. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>.

40. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>.

41. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: Sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e

Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

42. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2016.

43. Asensi FD, Pinheiro R (Coord.). Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.

44. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína/TO. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. 2013;2(2):19.

45. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins – CEMAS. Palmas: Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://wwa.tjto.jus.br/saude/>.

46. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos. Concurso de práticas exitosas 2011 X Congresso Nacional de Defensores Públicos; 15 a 18 de novembro, Centro de Convenções de Natal/RN. Brasília: ANADEP; 2011. p. 16.

47. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais; 2016 [atualizado em 2016; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica-estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmaceutica-no-Norte-de-Minas>.

48. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Supl. 4):18.

49. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.

50. Costa IC. Judicialização da saúde e a câmara técnica de saúde no Tribunal de Justiça da Paraíba. Guabira: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba; 2014.

51. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

52. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.

53. Tribunal de Justiça do Maranhão. Portaria-GP nº 683/2018. Dispõe sobre a composição da Comissão do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. São Luís: Tribunal de Justiça do Maranhão; 2018. p. 1.
54. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
55. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
56. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
57. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. Lages: Prefeitura de Lages; 2015 [atualizado em 23/03/2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.
58. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde. Brasília: CNJ; 2015 [atualizado em 08 mai. 2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://cnj.ius.br/noticias/cnj/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>.
59. Sant'Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017.
60. Júnior LMRR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2017.
61. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no sistema único de saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
62. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN). Brasília: Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília; 2017.
63. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolutividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. Natal: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>.

64. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no Tocantins para a minimização da judicialização da saúde. Revista ESMAT. 2016;8(11):27.
65. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A Defensoria. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>.
66. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.
67. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
68. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>.
69. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico; 2017.
70. ASCOM do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.
71. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2012. p. 15.
72. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. 10ª edição do Prêmio Innovare; 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2013.
73. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
74. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016;Ano IV(4):192.

75. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima-UFRR*. 2015;5(2):25.
76. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria nº 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas; 2013. p. 1.
77. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
78. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. Belém: Tribunal de Justiça do Estado do Pará; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>.
79. Araújo AFS. Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. *Cad Ibero-amer Dir Sanit*. 2014;3(2):7.
80. Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
81. Galliez MS. Atuação extrajudicial na saúde pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. XII edição do Prêmio Innovare; 1º de dezembro de 2015. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2015.
82. Fagioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
83. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. Macapá: Secretaria da Saúde do Estado do Amapá; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>.
84. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o Judiciário sobre as demandas dos alagoanos. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas; 2015
85. Nunes HEN. A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão. São Luís: Universidade CEUMA; 2016.

86. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à saúde. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão; 2015 [atualizado em 8 de junho de 2015 citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>.
87. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo; 2018.
88. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. Revista de Investigações Constitucionais. 2018:21.
89. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. Fortaleza: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/saude/>.
90. Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. TJAP inaugura Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para demandas da saúde Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2016 [atualizado em 18 novembro 2016; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/5648-justica-do-amapa-inaugura-nucleo-de-apoio-tecnico-judic...>
91. Assessoria de Comunicação Social. NAT-JUS: Juízes do Amapá contam com corpo técnico especializado para emitir decisões sobre processos relativos à saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2017 [atualizado em 16 Mai 2017; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/6228-nat-jus-juizes-do-amapa-contam-com-corpo-tecnico-especializado-para-emitir-decisoes-sobre-processos-relativos-a-saude.html>.
92. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas; 2016. p. 3.
93. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN. Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte; 2016 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>.
94. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica).
95. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.

96. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118).
97. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. 14ª edição do Prêmio Innovare; 5 de dezembro de 2017. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2017. p. 2.
98. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2017.
99. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus. Campo Grande: Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjms.jus.br/nat/>.
100. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução nº 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande: Diário Oficial do Estado; 2018. p. 1.
101. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Ato normativo conjunto Nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo; 2018. p. 3.
102. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Noticia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>.

**Apêndice 4.** Características dos documentos incluídos na revisão de escopo.

<b>Autor</b>	<b>Ano da publicação</b>	<b>Tipo de publicação</b>
Associação Brasileira de Saúde Coletiva <sup>1</sup>	2018	Website Institucional
Advocacia Geral da União <sup>2</sup>	2009	Website Institucional
Araújo <sup>3</sup>	2014	Artigo indexado
Asensi & Pinheiro <sup>4</sup>	2015	livro
Assis <sup>5</sup>	2015	Seção de livro
Bahia <i>et al.</i> <sup>6</sup>	2005	Seção de livro
Bandeira <i>et al.</i> <sup>7</sup>	2019	Resumo de congresso
Barros <sup>8</sup>	2016	Dissertação/Tese
Bittencourt <sup>9</sup>	2017	Resumo de congresso
Boldrin <sup>10</sup>	2014	Dissertação/Tese
Casal <i>et al.</i> <sup>11</sup>	2009	Resumo de congresso
Castro <sup>12</sup>	2012	Dissertação/Tese
CEMAS <sup>13</sup>	2019	Website Institucional
Chayamiti <sup>14</sup>	2018	Documento institucional
Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte <sup>15</sup>	2016	Website Institucional
Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça <sup>16</sup>	2015	Documento institucional
Conselho Federal de Farmácia <sup>17</sup>	2013	Resumo de congresso
Conselho Federal de Farmácia <sup>18</sup>	2016	Resumo de congresso
Conselho Nacional de Justiça <sup>19</sup>	2015	Website Institucional
Conselho Nacional de Justiça <sup>20</sup>	2017	Documento institucional
Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais <sup>21</sup>	2016	Website Institucional
Conti <sup>22</sup>	2013	Dissertação/Tese
Costa <sup>23</sup>	2019	Resumo de congresso
Costa <sup>24</sup>	2014	Dissertação/Tese
Costa <sup>25</sup>	2012	Artigo indexado
Cotrim <sup>26</sup>	2017	Dissertação/Tese
Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul <sup>27</sup>	2018	Documento institucional
Diniz <sup>28</sup>	2015	Dissertação/Tese
Duarte <sup>29</sup>	2017	Dissertação/Tese
Faglioni & Castelo <sup>30</sup>	2018	Seção de livro
Farias <sup>31</sup>	2016	Dissertação/Tese
Farias <i>et al.</i> <sup>32</sup>	2016	Artigo indexado
Galliez <sup>33</sup>	2015	Resumo de congresso
Garofalo <i>et al.</i> <sup>34</sup>	2012	Resumo de congresso
Governo do Estado do Espírito Santo <sup>35</sup>	2007	Legislação
Guimarães & Palheiro <sup>36</sup>	2015	Seção de livro
Henrique <i>et al.</i> <sup>37</sup>	2013	Artigo indexado
Henrique <i>et al.</i> <sup>38</sup>	2018	Seção de livro
Defensoria Pública Estadual do Rio Grande do Norte <sup>39</sup>	2019	Website Institucional
Júnior <sup>40</sup>	2017	Dissertação/Tese
Junior <sup>41</sup>	2008	Dissertação/Tese
Macêdo <i>et al.</i> <sup>42</sup>	2015	Artigo indexado
Macedo <sup>43</sup>	2016	Dissertação/Tese
Mariano <i>et al.</i> <sup>44</sup>	2018	Artigo indexado
Mauad <i>et al.</i> <sup>45</sup>	2009	Resumo de congresso
Ministério da Saúde <sup>46</sup>	2013	Website Institucional
Ministério Público do Estado de São Paulo <sup>47</sup>	2017	Website Institucional
Ministério Público do Estado de São Paulo <sup>48</sup>	2019	Website Institucional
Naffah-Filho <i>et al.</i> <sup>49</sup>	2010	Artigo não indexado
Nantes & Dobashi <sup>50</sup>	2015	Seção de livro
Nunes <sup>51</sup>	2016	Dissertação/Tese

<b>Autor</b>	<b>Ano da publicação</b>	<b>Tipo de publicação</b>
Oliveira <sup>52</sup>	2018	Documento institucional
Orsatto <sup>53</sup>	2014	Resumo de congresso
Paim <i>et al.</i> <sup>54</sup>	2015	Seção de livro
Pereira <sup>55</sup>	2012	Dissertação/Tese
Pereira & Carneiro <sup>56</sup>	2012	Resumo de congresso
Perin <i>et al.</i> <sup>57</sup>	2008	Resumo de congresso
Pinheiro <sup>58</sup>	2010	Resumo de congresso
Pontarolli <i>et al.</i> <sup>59</sup>	2015	Seção de livro
Prefeitura Municipal de Lages <sup>60</sup>	2015	Website Institucional
Queiroz <sup>61</sup>	2013	Dissertação/Tese
Reis <sup>62</sup>	2011	Resumo de congresso
Ringeisen <sup>63</sup>	2016	Dissertação/Tese
Sanchez LA <i>et al.</i> <sup>64</sup>	2008	Resumo de congresso
Sant'Ana <sup>65</sup>	2017	Dissertação/Tese
Schulze <sup>66</sup>	2018	Seção de livro
Secretaria da Saúde do Estado do Amapá <sup>67</sup>	2017	Website Institucional
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo <sup>68</sup>	2018	Website Institucional
Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas <sup>69</sup>	2013	Legislação
Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas <sup>70</sup>	2015	Website Institucional
Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo <sup>71</sup>	2019	Website Institucional
Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão <sup>72</sup>	2015	Website Institucional
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná <sup>73</sup>	2008	Documento institucional
Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul <sup>74</sup>	2018	Legislação
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo <sup>75</sup>	2012	Legislação
Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto <sup>76</sup>	2017	Website Institucional
Unknown author <sup>77</sup>	2013	Resumo de congresso
Silva <sup>78</sup>	2012	Dissertação/Tese
Simabuku <i>et al.</i> <sup>79</sup>	2015	Artigo indexado
Simões <sup>80</sup>	2015	Dissertação/Tese
Siqueira <i>et al.</i> <sup>81</sup>	2018	Seção de livro
Souza <sup>82</sup>	2016	Dissertação/Tese
Tavares <i>et al.</i> <sup>83</sup>	2010	Resumo de congresso
Tavares <i>et al.</i> <sup>84</sup>	2009	Resumo de congresso
Tavares <i>et al.</i> <sup>85</sup>	2014	Resumo de congresso
Teixeira <sup>86</sup>	2011	Dissertação/Tese
Toma <i>et al.</i> <sup>87</sup>	2015	Livro
Toma <i>et al.</i> <sup>88</sup>	2017	Artigo indexado
Tribunal de Justiça da Bahia <sup>89</sup>	2018	Website Institucional
Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul <sup>90</sup>	2013	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Amapá <sup>91</sup>	2016	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia <sup>92</sup>	2017	Legislação
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia <sup>93</sup>	2017	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas <sup>94</sup>	2016	Legislação
Tribunal de Justiça do Estado do Amapá <sup>95</sup>	2017	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará <sup>96</sup>	2017	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo <sup>97</sup>	2018	Legislação
Tribunal de Justiça do Estado do Pará <sup>98</sup>	2013	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul <sup>99</sup>	2015	Website Institucional
Tribunal de Justiça do Maranhão <sup>100</sup>	2018	Legislação
Ungaro <sup>101</sup>	2011	Resumo de congresso
Yoshinaga <sup>102</sup>	2011	Artigo não indexado

#### Referências do apêndice 4

1. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [cited 2019 abril 6]. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.
2. Advocacia Geral da União. CIRADS. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2009 [updated 2013; cited 2019 abril 6]. Available from: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046).
3. Araújo AFS. Judicialização da saúde em Minas Gerais. Novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2014;3(2):7.
4. Asensi FD, Pinheiro R, Coordenadores. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.
5. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: CONASS, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
6. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Saúde. CONASS, editor. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília: CONASS; 2005. p. 140.
7. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>.
8. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
9. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. 14ª edição do Prêmio Innovare; 5 de dezembro de 2017. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2017. p. 2.
10. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
11. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A, Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz; 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2009.
12. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2012.
13. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins – CEMAS. Palmas: Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://wwa.tjto.jus.br/saude/>.
14. Chayamiti EMPC, Coordenadora. Manual do serviço de atenção domiciliar. 2ª revisão ed. Ribeirão Preto: Secretaria municipal da saúde de Ribeirão Preto; 2018. 64 p.
15. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte; 2016 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>.

16. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.
17. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2013;ano I(1):82.
18. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016;Ano IV(4):192.
19. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde. Brasília: CNJ; 2015 [updated 08/05/2015; cited 2019 abril 3]. Available from: <http://cni.jus.br/noticias/cni/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>.
20. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2017.
21. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais; 2016 [updated 08/03/2016; cited 2019 abril 6]. Available from: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica-estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmacautica-no-Norte-de-Minas>.
22. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
23. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>.
24. Costa IC. Judicialização da saúde e a Câmara Técnica de Saúde no tribunal de justiça da Paraíba. Guabira: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
25. Costa KS, Nascimento-Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública. 2012;46:91-9
26. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN). Brasília: Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília; 2017.
27. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. *Relatório anual 2018: dados, ações, projetos e números*. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2018.
28. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
29. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
30. Faglioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.

31. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2016.
32. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no tocantins para a minimização da judicialização da saúde. Revista ESMAT. 2016;8(11):27.
33. Galliez MS. Atuação extrajudicial na Saúde Pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. XII edição do Prêmio Innovare; 1º de dezembro de 2015. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2015.
34. Garofalo G, Baseio C, Campos L, Alonso MS. Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 102.
35. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador; 2007. p. 5.
36. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: CONASS, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS – 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
37. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaina-TO. Cad IberAmer Direito Sanit. 2013;2(2):19.
38. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
39. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolutividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. Natal: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>.
40. Júnior LMRR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2017.
41. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: A perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2008.
42. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. Revista de Administração de Roraima-UFRR. 2015;5(2):25.
43. Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
44. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. Revista de Investigações Constitucionais. 2018:21.
45. Mauad MLME, Tanaka NYY, Fazan WC. Protocolo inicial da comissão de análise de solicitações especiais para dieta enteral. In: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, editor. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS I Seminário Internacional de Nutrição na

- Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Comunicação e Educação em Saúd. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 122.
46. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. Sistema Hórus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 abril 2]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus/sobre-o-sistema>.
  47. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2017 [cited 2019 abril 6]. Available from: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118)
  48. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica).
  49. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. 2010;7(84):12.
  50. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: CONASS, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasileiro: CONASS; 2015. p. 113.
  51. Nunes HEN. A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão. São Luís: Universidade CEUMA; 2016.
  52. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo; 2018.
  53. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
  54. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: CONASS, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
  55. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2012.
  56. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD - EnAPG; 18 a 20 de novembro de 2012, Salvador/BA Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2012.
  57. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, et al. Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações, editor. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Theatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
  58. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem burocracia e acesso do preso à Justiça; 3 de dezembro de 2010. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2010.
  59. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na secretaria de Estado da saúde do Paraná. In: CONASS, editor. Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.

60. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. Lages: Prefeitura de Lages; 2015 [updated 23/03/2015; cited 2019 abril 3]. Available from: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.
61. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
62. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos, editor. Concurso de práticas exitosas 2011 X Congresso Nacional de Defensores Públicos (ANADEP); 15 a 18 de novembro, Centro de Convenções de Natal -RN. Brasília: ANADEP; 2011. p. 16.
63. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no sistema único de saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
64. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, et al. Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações, editor. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Teatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
65. Sant’Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfretamento da injustiça na saúde pública. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017.
66. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
67. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. Macapá: Secretaria da Saúde do Estado do Amapá; 2017 [cited 2019 abril 2]. Available from: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>.
68. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES. Vitória: Secretaria de estado da Saúde do Espírito Santo; 2018 [updated 18/12/2018; cited 2019 abril 3]. Available from: <https://saude.es.gov.br/Noticia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>.
69. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria n. 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas; 2013. p. 1.
70. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o Judiciário sobre as demandas dos alagoanos Maceió: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas; 2015.
71. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>.
72. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à Saúde. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão; 2015 [updated 8 de junho de 2015 cited 2019 abril 3]. Available from: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>.
73. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência Farmacêutica. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008. p. 36.

74. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução n.º 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande: Diário Oficial do Estado; 2018. p. 1.
75. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. In: Gabinete do Secretário, editor. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2012. p. 15.
76. Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD. Ribeirão Preto: Prefeitura da cidade de Ribeirão Preto; 2017 [cited 2019 abril 6]. Available from: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/i16indice.php>.
77. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. 10ª edição do Prêmio Innovare; 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2013.
78. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
79. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Supl. 4):18.
80. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
81. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: Sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT, editors. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
82. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.
83. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, editor. III Congresso Consad de Gestão Pública; 15 a 17 de março de 2010. Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: Consad; 2010. p. 31
84. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, editor. II Congresso Consad de Gestão Pública; 6 a 8 de maio de 2009. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília-DF. Brasília: CONSAD; 2009. p. 24.
85. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
86. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
87. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirotta KCM, Venâncio SI, Derbli M, et al. Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 344 p.

88. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSFd, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit.* 2017;6(1):19
89. Ascom TJBA. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência II. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2018 [updated 28/06/2018; cited 2019 abril 2]. Available from: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.
90. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus. Campo Grande: Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul; 2013 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://www.tjms.jus.br/nat/>.
91. Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. TJAP inaugura Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para demandas da saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2016 [updated 18 Novembro 2016; cited 2019 abril 2]. Available from: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/5648-justica-do-amapa-inaugura-nucleo-de-apoio-tecnico-judic...>.
92. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico; 2017.
93. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2017 [cited 2019 abril 2]. Available from: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>.
94. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas; 2016. p. 3.
95. Assessoria de Comunicação Social. NAT-JUS: Juízes do Amapá contam com corpo técnico especializado para emitir decisões sobre processos relativos à saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2017 [updated 16 Mai 2017; cited 2019 abril 2]. Available from: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/6228-nat-jus-juizes-do-amapa-contam-com-corpo-tecnico-especializado-para-emitir-decisoes-sobre-processos-relativos-a-saude.html>.
96. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. Fortaleza: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará; 2017 [cited 2019 abril 2]. Available from: <https://www.tjce.jus.br/saude/>.
97. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo, Gabinete da presidência. Ato normativo conjunto Nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo; 2018. p. 3.
98. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. Belém: Tribunal de Justiça do Estado do Pará; 2013 [cited 2019 abril 6]. Available from: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>.
99. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [cited 2019 abril 6]. Available from: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.
100. Tribunal de Justiça do Maranhão. Portaria-GP nº 683/2018. Dispõe sobre a composição da Comissão do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. São Luís: Tribunal de Justiça do Maranhão; 2018. p. 1.

101. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. VIII edição do Prêmio Innovare; 15 de dezembro de 2011. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro; 2011.
102. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. Salvador: Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado; 2011 [cited 2019 abril 6]. [Available from: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>].

### 5.3 Artigo 3 – Estratégias para abordar a judicialização da saúde: uma análise entre teoria e prática

**Apresentação:**

Ele foi formatado de acordo com as normas da revista publicada pela *BioMed Central Ltd.*

**Revista:** *Implementation Science*

**Versão online:** 1748-5908

**Fator de impacto calculado pelo *Journal Citation Reports (2018)*:** 4,525.

**Classificação Webqualis/Capes quadriênio 2013-2016:** sem classificação

**Área:** Farmácia

**Obs:** Classificação Webqualis A2 para Medicina e A1 para Saúde Coletiva.

Páginas eletrônicas acessadas em 16/02/2020.

## **ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE ENTRE TEORIA E PRÁTICA**

**Título resumido:** Estratégias para judicialização da saúde

Sueli Miyuki Yamauti<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-5020-6379, Silvio Barberato-Filho<sup>1</sup> ORCID:  
0000-0001-5179-3125, Luciane Lopes<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-3684-3275

<sup>1</sup> Universidade de Sorocaba. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Sorocaba, SP, Brasil.

### **Correspondência:**

Luciane Cruz Lopes

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba - UNISO.

Rod. Raposo Tavares, KM 92,5 - Sorocaba, São Paulo, Brasil

CEP 18023-000

e-mail: [luciane.lobes@prof.uniso.br](mailto:luciane.lobes@prof.uniso.br)

**Apresentação prévia:** Parte dos dados deste artigo pertence à tese de doutorado de SMY.

**Descritores:** Judicialização da saúde. Estratégias. Gestão de Serviços de Saúde Administração em Saúde Pública. Brasil. América Latina.

## **Resumo**

### **Antecedentes**

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno que preocupa as instituições públicas, pois continua crescendo e pode aumentar as iniquidades. Na literatura, existem várias estratégias sugeridas para abordá-la, mas também existem várias estratégias implementadas no Brasil com mesmo objetivo. Este estudo analisou as semelhanças entre as estratégias propostas com as que foram implementadas e os tipos de arranjos para o sistema de saúde que elas utilizaram considerando o contexto do Brasil e da América Latina e Caribe.

### **Método**

Análise transversal qualitativa que comparou as estratégias propostas para abordar a judicialização da saúde pública na América Latina e no Caribe, levantadas por Pinzón-Flórez *et al.* com as 78 estratégias implementadas no Brasil identificadas por Yamauti *et al.*, em relação à correspondência entre elas. As estratégias foram classificadas de acordo com seis arranjos para sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde.

### **Resultados**

Das 45 propostas de estratégia levantadas por Pinzón-Flórez *et al.* 8 coadunavam com políticas ou programas do governo brasileiro, 27 apresentavam semelhanças com as atividades realizadas pelas estratégias implementadas e 10 não correspondiam às estratégias implementadas no Brasil. Todas as estratégias implementadas no Brasil atuam utilizando pelo menos dois arranjos para sistemas de saúde e 96,2% deles pertencem ao arranjo de 'Prestação de serviços'.

### **Conclusão**

A maioria das estratégias propostas era semelhante às aquelas já implementadas na forma de políticas ou programas governamentais, no contexto brasileiro. Embora as estratégias implementadas necessitem de um conjunto de estratégias propostas e de arranjos para sistemas de saúde para poder atuar, elas podem ser viáveis em cenários semelhantes.

## **Contribuições para a literatura**

- Análises entre teoria e prática são úteis para verificar se a pesquisa científica está alinhada com as necessidades dos tomadores de decisão.
- Este estudo mostrou que as estratégias implementadas no Brasil para abordar a judicialização da saúde provavelmente são compatíveis com os sistemas de saúde de países pertencentes à América Latina e ao Caribe que também possuem judicialização da saúde.
- A literatura científica apresenta lacunas sobre a efetividade das estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

## **Antecedentes**

A judicialização da saúde preocupa instituições públicas de saúde por ser um fenômeno crescente, cumulativo e que pode aumentar as iniquidades em saúde. Mobiliza profissionais de diversas áreas, tanto dos Poderes Executivo e Judiciário e das funções essenciais à Justiça, que podem atuar de forma antagônica, sinérgica ou complementar. Além disso, esses setores possuem aumento de demandas que podem desestruturá-los econômica e administrativamente (1).

Na literatura, encontram-se várias sugestões de estratégias para abordar a judicialização da saúde (2-4). Iniciativas do Fórum da Saúde com seus enunciados(5) e da Universidade de Sorocaba com a oficina de trabalho “Gestão da assistência farmacêutica e ações judiciais: estratégias que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos” (2) no Brasil e propostas de estratégias para abordar a judicialização da saúde para a América Latina e Caribe (6) são exemplos desta produção científica.

A análise conjunta das propostas descritas na literatura e das estratégias implementadas no Brasil pode imprimir novos elementos a este tema que permeia diferentes arranjos nos sistemas de saúde dos países da América Latina e do Caribe.

Pinzón-Flórez *et al.* por meio de revisão de literatura identificaram diversas estratégias para abordar a judicialização da saúde. Tais estratégias foram organizadas em 50 propostas (6) e classificadas segundo arranjos para sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (7).

A OMS descreve seis arranjos para se construir um sistema de saúde (7): (i) Prestação de serviços, (ii) Força de trabalho ou Recursos humanos, (iii) Informação, (iv) Financiamento, (v) Liderança e governança e (vi) Produtos médicos, vacinas e tecnologias. Pinzón-Flórez *et al.* (6), por sua vez, incorporaram o arranjo “Medidas gerais” e excluíram o “fornecimento de produtos médicos, vacinas e tecnologias” para compatibilizar melhor seus achados.

As estratégias propostas foram aplicadas, na forma de questionário, a 165 representantes de países da América Latina e do Caribe pertencentes aos três poderes (Legislativo, Judiciário e Executivo), gestores dos sistemas de saúde pública e privada com experiência sobre o tema e pesquisadores de diversos países identificados em suas observações sobre os sistemas de saúde regionais. Dentre os participantes, havia 17 (10,3%) representantes brasileiros.

Os participantes da pesquisa elegeram 10 das 50 estratégias propostas como as mais relevantes para serem implantadas na região da América Latina e do Caribe (6).

Yamauti *et al.* (2020) (8), por meio de revisão sistemática de escopo, identificaram e categorizaram 78 estratégias implementadas por instituições públicas para abordar a

judicialização da saúde no Brasil. Tais estratégias foram implementadas, entre os anos de 2002 e 2018, por instituições pertencentes tanto à área da saúde quanto à área jurídica (procuradoria-geral, defensoria e ministério públicos e tribunais de justiça).

Este estudo comparou as estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* com aquelas identificadas por Yamauti *et al.* e verificou a factibilidade de implementação das estratégias propostas para abordar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe tendo por base o contexto do sistema de saúde brasileiro.

## **Método**

### **Delineamento do estudo**

Análise transversal qualitativa que compara as estratégias propostas para implementação na América Latina e no Caribe (6) com aquelas implementadas no Brasil para abordar a judicialização da saúde (8).

Este estudo seguiu o roteiro de redação de artigos científicos *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (9), **Apêndice 1**.

### **Crítérios de elegibilidade**

As 78 estratégias institucionais implementadas, entre os anos de 2002 a 2018, no setor público brasileiro, identificadas e categorizadas por Yamauti *et al.* (8) foram incluídas e comparadas às 45 estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* (6) relacionadas exclusivamente à saúde pública.

Também foi verificado se as 9 estratégias consideradas prioritárias, das 45 estratégias propostas coadunavam com alguma das 78 implementadas no Brasil.

### **Análise dos dados**

As páginas eletrônicas do Ministério da Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Câmara dos Deputados do Brasil foram escrutinados a fim de identificar dispositivos legais que estivessem alinhadas as estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.*

As estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* que não foram implementadas no Brasil, nem correspondiam às políticas públicas ou aos programas de governo brasileiros, foram consideradas lacunas na abordagem da judicialização da saúde. Além disso, as 78 estratégias implementadas no Brasil e suas respectivas categorias foram comparadas com os arranjos para sistemas de saúde propostos pela OMS/Pinzón-Flórez *et al.* (6), **Apêndice 2**. Esta análise teve como objetivo verificar qual tipo de arranjo para os sistemas de saúde era o mais utilizado pelas instituições brasileiras.

## **Resultados**

### **Análise por estratégia proposta**

As estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil, coadunam com 35 (77,8%) estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.*

Além disso, das 45 estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.*, 27 possuíam semelhanças com as atividades exercidas pelas estratégias implementadas no Brasil (**Quadro 1**); 8 eram análogos às políticas ou programas de saúde (**Quadro 2**) e 10 não possuíam correspondência com as estratégias implementadas e nem com os dispositivos legais brasileiros (**Quadro 3**).

**Quadro 1** Estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* que possuem semelhanças com estratégias implementadas no Brasil.

Estratégias propostas por Pinzón-Flórez <i>et al.</i> (N = 27)	Descrições das atividades desenvolvidas pelas estratégias implementadas no Brasil (N = 32)	Estratégias implementadas no Brasil [N =78 (100%)]
<b>*Espaços de discussão para tomada de decisão em diferentes níveis de poder no sistema de saúde</b>	Fóruns ou assembleias ou reuniões que têm o objetivo de discutir sobre a judicialização da saúde com as partes interessadas (saúde, judiciário e/ou cidadãos)	39 (50,0)
<b>*Criação de políticas públicas que esclareçam explicitamente a gestão técnica e administrativa dos procedimentos, insumos, intervenções ou benefícios não incluídos no conjunto de benefícios do sistema de saúde.</b>	Processos administrativos	8 (10,3)
Proteção contra a corrupção em instituições reguladoras de saúde pública	Detecção ou coibição de fraudes ou de corrupção na judicialização da saúde	17 (21,8)
<b>*Comitês técnicos e científicos para subsidiar as decisões tomadas nos tribunais, com base em evidências científicas</b>	Fornecimento de parecer técnico para esclarecimento ao judiciário ou para a defesa da instituição	52 (66,7)
Política pública de monitoramento dos litígios na saúde	Monitoramento dos serviços públicos ou das estratégias implementadas, com ou sem visitas in loco	17 (21,8)
Observatórios de conhecimento, acompanhamento e tomada de decisão dos litígios em saúde, integrando atores da saúde, do executivo e do judiciário	Comitês estaduais de saúde	5 (6,4)
Capacitação e/ou assessoria por pessoal qualificado do Ministério da Saúde aos membros dos tribunais para a tomada de decisões em relação ao direito à saúde.	Fornecimento de parecer técnico para esclarecimento ao judiciário pelo Ministério da Saúde (Conitec)	1 (1,3)
Capacitação e/ou assessoria por pessoal qualificado da comunidade científica em saúde (acadêmicos, pesquisadores) aos membros dos tribunais.	Fornecimento de parecer técnico para esclarecimento ao judiciário por instituições de ensino e pesquisa	1 (1,3)
<b>*Atualização permanente dos serviços e/ou do conjunto de recursos com foco nas necessidades e prioridades da saúde pública</b>	Atualização ou expansão da estratégia implementada	44 (56,4)
Estabelecimento de prioridades em saúde para evitar possíveis despesas orçamentárias e/ou catastróficas devido doenças de custo elevado	Atendimento somente a condições específicas em saúde (tais como: doenças raras, pessoas sem mobilidade, serviço de pulsoterapia, gestantes, entre outras)	6 (7,7)
	Realização de visita domiciliar ao cidadão para avaliar e/ou acompanhar o tratamento	10 (12,8)
Implementação de instituições ou agências para avaliação de tecnologias de saúde que tenham capacidade para regular o mercado em à saúde e a entrada de novas tecnologias	Avaliação de tecnologias de saúde (utilizando ou não a saúde baseada em evidências) para incorporá-los ou não no sistema de saúde local	5 (6,4)

Estratégias propostas por Pinzón-Flórez et al. (N = 27)	Descrições das atividades desenvolvidas pelas estratégias implementadas no Brasil (N = 32)	Estratégias implementadas no Brasil [N =78 (100%)]
Redução da assimetria de informação entre a oferta e a demanda de cuidados de saúde (acesso, qualidade e satisfação)	Encaminhamento do cidadão para atendimento no serviço de saúde independente se haverá ou não acompanhamento posterior (exceto para perícia)	32 (41,0)
	Gestão do ciclo da assistência farmacêutica (controles de compra, armazenamento, abastecimento)	27 (34,6)
Mecanismo extrajudicial de resolução de conflitos em saúde	Estratégia com atuação extrajudicial (antes de judicializar)	48 (61,5)
<b>*Estratégias de empoderamento da sociedade, tais como o fornecimento de informações adequadas aos usuários ou membros da família sobre o direito à saúde, os deveres do Estado e do sistema de saúde em relação à garantia deste direito</b>	Mecanismos que fornecem informações ao cidadão sobre direito à saúde, como funciona o SUS ou como obter acesso aos serviços de saúde (materiais educativos, tais como: folder, manual, cartilha, áudio, vídeo ou endereço eletrônico)	19 (24,4)
	Capacitação (palestra, curso, treinamento) ou fornecimento de informações à população sobre o SUS, direitos à saúde	9 (11,5)
Desenvolvimento de um plano estratégico para a distribuição e implementação de farmácias nos níveis federal, regional e local	Atendimento das demandas judiciais ou processos administrativos ou produtos padronizados no SUS	19 (24,4)
	Atendimento de medicamentos ou insumos farmacêuticos pelo serviço, via processo administrativo	14 (17,9)
Garantia explícita de financiamento e acesso a serviços de saúde	Inserção do solicitante no Sistema Único de Saúde (SUS)	31 (39,7)
	Encaminhamento do cidadão para atendimento no serviço de saúde independente se haverá ou não acompanhamento posterior	32 (41,0)
Aprovação de um plano de serviços entre diferentes subsetores em sistemas de saúde segmentados	Integração de serviços (p.ex.: vários departamentos num mesmo espaço físico com ou sem o mesmo comando)	21 (26,9)
<b>*Otimização dos tempos de espera para a prestação de serviços de saúde</b>	Agendamento para realizar o atendimento (no local ou para encaminhar o cidadão a um serviço especializado) ou acompanhamento da solicitação por meio de protocolo de solicitação	18 (23,1)
	Fornecimento integrado de produtos e serviços ao usuário (p. ex.:atendimento extrajudicial e judicial, fornecimento de medicamentos, e inserção do cidadão ao SUS)	29 (37,2)
Contratação de pessoal de saúde adicional para otimizar os cuidados de saúde	Contratação de profissionais qualificados e/ou especializados, ou solicitação de serviços ad hoc pagos ou não	25 (32,1)

<b>Estratégias propostas por Pinzón-Flórez et al. (N = 27)</b>	<b>Descrições das atividades desenvolvidas pelas estratégias implementadas no Brasil (N = 32)</b>	<b>Estratégias implementadas no Brasil [N =78 (100%)]</b>
Uso de mecanismos de contratação de serviços de saúde por meio de mecanismos legais	Contratação de serviços ou profissionais de saúde terceirizados	15 (19,2)
Acordos/convênios interinstitucionais para a prestação de serviços de saúde	Acordo entre instituições (ex. Termo cooperação, convênio ou acordos para prestação de serviços)	60 (76,9)
Incentivar a prescrição de medicamentos pelo nome genérico	Uso de regras para solicitação ou dispensação de produtos, tais como: prescrição médica por nome genérico, exames complementares, reavaliação da conduta terapêutica	44 (56,4)
<b>*Capacitação de profissionais de saúde e juizes, para subsidiar as decisões tomadas nos tribunais, com base em evidências científicas</b>	Capacitação (palestra, curso, treinamento) aos prestadores ou aos usuários (profissionais de saúde e/ou judiciário) sobre judicialização da saúde e subsídios técnicos baseados em evidências	18 (23,1)
<b>*Desenvolvimento e implementação de diretrizes ou protocolos de prática clínica</b>	Elaboração de protocolos e/ou diretrizes de práticas clínicas, ou procedimentos e rotinas para atender o cidadão, ou recomendações e enunciados ao judiciário	52 (66,7)
Implementação de um sistema de informação integrada para a tomada de decisões sobre acesso, capacitação e distribuição de recursos humanos em saúde, abastecimento de medicamentos e aquisição de novas tecnologias	Informatização dos serviços (sistemas informatizados específicos do serviço ou integrados com identificação do cidadão e do processo, controle do ciclo do medicamento e compartilhado entre diversos serviços)	47 (60,3)
Criação e gestão de um sistema de informação sobre os processos jurídicos em saúde, a fim de permitir o conhecimento das características desses processos e, também, das decisões proferidas por parte dos atores envolvidos		
Criação de um subsistema de financiamento para doenças de alto custo ou que possa incorrer em despesas orçamentais extras ou catastróficas.	Orçamento específico para custear os gastos com a judicialização da saúde	6 (7,7)

**Fonte:** Pinzón-Flórez et al. (2016) com elaboração adicional.

**Nota:** \* estratégia priorizada pelos participantes da pesquisa de Pinzón-Flórez *et al.*

**Quadro 2** Relação de estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* que possuem analogia com políticas públicas ou programas de governo do Brasil.

n	Estratégias propostas por Pinzón-Flórez	Políticas públicas ou programas de governo do Brasil
1	Criação da figura e a institucionalização da defensoria de usuários ou pacientes.	A Constituição da República Federativa do Brasil (26) institucionalizou, desde 1988, a figura do defensor público, o qual é um dos principais atores na judicialização da saúde brasileira (11).
2	Implementação de estratégias de cuidados de saúde na atenção primária para garantir a equidade no acesso e no financiamento de saúde.	A Política Nacional de Atenção Básica (21) assegura ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS e é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, ela coordena o cuidado e ordena as ações e os serviços disponibilizados na rede. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, estabelecida pela Portaria GM/MMS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (25), definiu a organização do sistema de saúde, o atendimento e o encaminhamento que deve ser dado ao cidadão para que ele obtenha serviços de saúde integral no SUS. Essa rede foi implementada para reduzir a fragmentação dos serviços de saúde e ampliar o acesso do cidadão aos cuidados de saúde (6, 28), porém, em 2018, a cobertura populacional da estratégia saúde da família era de 64,2% (22).
3	Redistribuição de recursos financeiros para o atendimento de populações vulneráveis para melhorar a equidade na saúde.	A redistribuição de recursos financeiros para o atendimento de populações vulneráveis e a criação de programas de transferências monetárias condicionadas estão inseridos em programas como o Bolsa Família (27) que é destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades à população vulnerável e o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (28) que garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que não possuem meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Principalmente o Bolsa Família, retirou da pobreza extrema 3,4 milhões de pessoas e 3,2 milhões da pobreza (43) e isso melhorou o acesso, desta faixa populacional, aos bens de saúde. Além disso, ambos os benefícios citados provocam, ao mesmo tempo, queda na desigualdade social e aumento no Produto Interno Bruto brasileiro (44).
4	Criação de programas de transferências monetárias condicionadas para reduzir desigualdades e empoderar a sociedade civil.	
5	Desenvolvimento de um plano nacional para a elaboração de diretrizes de prática clínica, protocolos de gestão ou diretrizes para a prestação de serviços de saúde.	O desenvolvimento de um plano nacional para a elaboração de diretrizes de prática clínica, protocolos de gestão ou diretrizes para a prestação de serviços de saúde estão contemplados na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011(29) que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). A Conitec é o órgão responsável pela elaboração de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos em nível nacional e pela avaliação e incorporação de novas tecnologias de saúde, incluindo o seu custo adicional para incorporação. Nota-se que mesmo não existindo um teto para financiar novas tecnologias, a avaliação do custo adicional para sua incorporação é realizada. A Conitec também fornece pareceres técnicos mediante solicitação dos magistrados para embasar as decisões judiciais (45).
6	O cálculo do custo adicional da introdução de novas intervenções ou tecnologia no sistema de saúde.	
7	Estabelecimento de um limite (teto) de gastos para financiar o acesso a uma nova tecnologia da saúde.	
8	<b>*Geração de evidências científicas orientadas para identificar necessidades de saúde das populações, para serem utilizadas no planejamento estratégico dos sistemas de saúde.</b>	O Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizam duas pesquisas de base domiciliar na área da saúde: a Pesquisa Nacional de Saúde, edição em 2013(30) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição em 2015(31). Somente o IBGE realizava periodicamente o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, edição em 2008(32) e a Pesquisa Nacional sobre Acesso. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino Superior realizou a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamento, em 2014 (46, 47). Todos são inquéritos por amostragem populacional com o objetivo de identificar as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e/ou avaliar o impacto da implementação das políticas públicas no país. Porém, aparentemente, somente o PeNSE estava previsto para ser atualizado, em 2019.

**Fonte:** Pinzón-Flórez *et al.* (2016) com elaboração adicional.

**Nota:** \* estratégia priorizada pelos participantes da pesquisa de Pinzón-Flórez *et al.*

**Quadro 3** Estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* sem correspondência com as estratégias implementadas e nem com políticas públicas ou programas de governo do Brasil.

n	Estratégias propostas por Pinzón-Flórez <i>et al.</i> sem analogia com as estratégias implementadas no Brasil
1	Criação de associações científicas e civis, fomentadas/financiadas pelo Estado, para fortalecer a tomada de decisões em saúde
2	Implementação de estratégias para aumentar o acesso aos cuidados de saúde nas áreas rurais (e-Health, educação virtual em saúde, centros de saúde em atenção primária em áreas rurais ou com difícil acesso, incentivos econômicos para a retenção de profissionais de saúde nas áreas rurais, transporte em áreas geográficas que possuem barreiras de acesso).
3	Criação e implementação de um sistema de incentivos, aos profissionais de saúde, para qualificar e dar eficiência aos cuidados de saúde.
4	Ter programas de graduação e especialização (direito sanitário) em faculdades de direito focadas na saúde.
5	Formação de profissionais em auditoria de processos e gestão em saúde para controlar a qualidade e o gerenciamento da prestação de serviços de saúde.
6	Estabelecimento de um sistema de certificação de profissionais e de acreditação das instituições de saúde para a prestação de serviços de saúde de qualidade.
7	Desenvolvimento de um plano estratégico para formação e distribuição de recursos humanos no seu país (nos serviços).
8	Implementação de um sistema nacional de informações farmacêuticas sobre o acesso, uso, qualidade e preços dos medicamentos.
9	Geração de evidências científicas proveniente de pesquisas sobre o impacto da judicialização na gestão do sistema de saúde e no judiciário.
10	Fortalecimento da ajuda por parte das empresas multinacionais para a compra de insumos ou suprimentos de serviços de saúde.

**Fonte:** Pinzón-Flórez *et al.* (2016).

Todas as nove estratégias classificadas por Pinzón-Flórez *et al.* como prioritárias para abordar a judicialização foram implementadas no Brasil. As duas estratégias consideradas as mais relevantes pelos participantes brasileiros do estudo de Pinzón-Flórez *et al.*: i. criação de espaços de discussão para a tomada de decisão em diferentes níveis de poder no sistema de saúde, e ii. capacitação de profissionais de saúde e de juízes para subsidiar as decisões tomadas nos tribunais com base em evidências científicas (6), foram identificadas em 39 (50,0%) e 18 (23,1%) estratégias implementadas no Brasil, respectivamente.

## **Análise por arranjos para sistemas de saúde**

Verificou-se que as 78 estratégias implementadas no Brasil estão alocadas em pelo menos dois arranjos para os sistemas de saúde. Também foi observado que: 75 (96,2%) estratégias pertencem ao arranjo 'Prestação de serviços'; 71 (91,0%) para 'Liderança e governança'; 67 (85,9%) para 'Medidas gerais'; 67 (85,9%) para 'Informação'; 18 (23,1%) para 'Recursos humanos' e 5 (6,4%) para 'Financiamento' (**Apêndice 2**).

Das 10 estratégias propostas sem correspondência às estratégias implementadas no Brasil, 4 pertencem ao arranjo 'Recursos humanos', 2 ao arranjo 'Informações' e 'Prestação de serviços' e 1 ao arranjo 'Medidas gerais' e 'Financiamento'.

## **Discussão**

### **Principais achados**

As estratégias implementadas no Brasil mostraram-se mais abrangentes e complexas do que as que foram propostas por Pinzón-Flórez *et al.*, pois, as atividades de cada estratégia implementada coadunavam com propostas de estratégias pertencentes a pelo menos dois arranjos para sistemas de saúde.

As políticas públicas e programas de governo, juntamente com as recomendações internacionais de boas práticas de gestão, formaram a base para a elaboração e implementação das estratégias institucionais brasileiras.

A principal lacuna para abordar a judicialização no Brasil que foi detectada neste estudo, referia-se à falta de estratégias implementadas focadas na qualificação de recursos humanos.

### **Estratégias implementadas e respectivos arranjos**

Embora todas as estratégias consideradas prioritárias por Pinzón-Flórez *et al.* tenham sido implementadas no Brasil, duas delas amplamente instaladas em várias partes do país: os pareceres técnicos sobre tecnologias de saúde emitidos pelos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário e os enunciados e recomendações para abordar a judicialização da saúde emitidos pelo Conselho Nacional de Justiça, possuem pouca aderência e estão sendo subutilizadas pelos juízes (1, 10-13). Assim, nem tudo que foi supostamente proposto como prioritário teve aceitação no contexto brasileiro.

Diferentemente do estudo de Pinzón-Flórez *et al.* cujo arranjo para sistemas de saúde considerado prioritário são as Medidas gerais (6), a Prestação de serviços foi o principal arranjo utilizado pelas estratégias implementadas no Brasil.

Parte dessa diferença pode ter ocorrido porque as estratégias consideradas como Medidas gerais compreendem a instituição de marcos legais e técnico-científicos para a gestão do sistema de saúde (6) e o Brasil já havia estabelecido essas medidas a despeito da judicialização da saúde (14).

Dessa forma, os dispositivos legais brasileiros (14) e as recomendações internacionais de boas práticas de gestão (15-17) serviram como base para a elaboração de estratégias institucionais com características e atividades focadas na Prestação de serviços.

Isso significa que tais estratégias objetivavam melhorar a qualidade da assistência prestada ao cidadão por meio do aumento e a facilitação do acesso ao SUS, promover uma comunicação eficiente entre diversos serviços ou profissionais e reorganizar os serviços para diminuir o tempo de espera e de atendimento ao cidadão (8), porém, a efetividade dessas práticas ainda permanece desconhecida.

Embora os arranjos de Recursos humanos também se preocupem com a qualidade da assistência prestada, poucas estratégias implementadas relataram a oferta de palestras, cursos ou treinamentos para capacitar prestadores de serviços (profissionais da área jurídica e da saúde) e cidadãos. Apesar de haver experiências relatando que as atividades para capacitação ajudaram a diminuir a judicialização da saúde (18, 19), não foi encontrada justificativa para a pouca exploração dos arranjos de Recursos humanos pelas estratégias implementadas.

Os arranjos de Financiamento foram o menos utilizado nos dois os estudos. A pequena quantidade de estratégias que abordam o financiamento em saúde no Brasil, pode ser explicada pelo fato do país ter optado por um sistema público de saúde com cobertura universal (20, 21), onde o uso de recursos financeiros para além do que foi disponibilizado no planejamento governamental de investimento no SUS (22) é incomum. Tal fato, juntamente com o subfinanciamento do sistema de saúde (23), tornam estes arranjos pouco viáveis.

O uso de várias propostas de estratégias e de arranjos para sistemas de saúde por cada estratégia implementada indica que, para abordar a judicialização da saúde no Brasil, são necessárias ações integradas e multifacetadas.

As abordagens integradas têm a finalidade de garantir ao usuário atendimento mais próximo, promover a continuidade dos cuidados e evitar a duplicação e a fragmentação dos serviços (7). Embora elas não tenham sido elaboradas para minimizar custos, frequentemente resultam na diminuição de recursos humanos e congelamento dos repasses financeiros (24).

As atividades desenvolvidas pelas estratégias implementadas no Brasil, além de mobilizar vários setores de uma mesma instituição, elas também conseguem envolver outras instituições para atuarem em conjunto. Assim, as ações exercidas

por um serviço são complementadas ou suplementadas por outras, formando redes de serviços como a abordagem integrada da saúde infantil preconizada pela OMS (24) e a rede de atenção à saúde no Brasil (25).

Isso pode explicar algumas das características das estratégias brasileiras, tais como: aproveitamento da infraestrutura e recursos humanos existentes na própria instituição, com expansão e/ou acúmulo das atividades laborais dos profissionais envolvidos; integração de diversos departamentos ou serviços num mesmo espaço físico; baixo custo de implantação; realização de acordos interinstitucionais; inclusão e encaminhamento do cidadão aos serviços prestados pelo SUS (8).

### **Estratégias que possuem analogia com políticas públicas ou programas de governo no Brasil**

As principais políticas públicas e os programas de governo, as quais se preocupam com o direito fundamental à saúde no Brasil, foram implementadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (26), também conhecida como Constituição cidadã. Com o passar do tempo, elas foram ampliadas a tal ponto que, em 2017, o Ministério da Saúde sumarizou mais de 20 mil dispositivos legais em 6 portarias consolidadas (14).

Estes dispositivos legais compreendem diversos tópicos na área da saúde para regular a atuação das instituições públicas (21, 25), diminuir as iniquidades socioeconômicas (27, 28), melhorar (29-32) e aumentar o acesso dos cidadãos aos bens e cuidados de saúde no Brasil (25). Além disso, coadunam com oito propostas de estratégias identificadas por Pinzón-Flórez *et al.* para abordar a judicialização da saúde.

No entanto, a existência de dispositivos legais na área da saúde além de não ser uma garantia do seu total cumprimento no Brasil (33), também pode não ser

suficiente para diminuir ou estabilizar a quantidade de ações judiciais impetradas contra a Administração Pública, uma vez que a judicialização da saúde continua em ascensão (11, 22).

### **Lacunas na abordagem da judicialização da saúde no Brasil**

Das estratégias propostas sem correspondência com aquelas implementadas no Brasil, 40% focavam na educação formal dos recursos humanos para a prestação de serviços de saúde.

Aparentemente, há poucos estímulos na área de educação para ofertar cursos de formação ou especialização profissional sobre temas relacionados à judicialização da saúde. Alguns deles, como o Curso em educação à distância sobre a judicialização da saúde na atenção domiciliar, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (34) e a Capacitação em direito à saúde baseada em evidências, do Hospital Sírio-Libanês (35) deixaram de ser ministrados provavelmente devido à baixa procura, apesar de ainda existir um curso de pós-graduação em direito sanitário ofertado a cada biênio pela Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes, ligada ao Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (36).

Por outro lado, os relatos das estratégias implementadas focadas na especialização em direito sanitário explicaram que a capacitação nessa área ocorre por iniciativa própria, muitas vezes de forma autodidata, dos procuradores estaduais de justiça e dos magistrados (18, 19, 37). Tal fato cria um ciclo vicioso, no qual os profissionais se capacitam de forma autodidata, porque não há oferta de cursos de formação ou especialização, e essa baixa procura acaba diminuindo a oferta de cursos.

A existência de serviços desestruturados e sem profissionais qualificados tecnicamente, principalmente na assistência farmacêutica brasileira (33, 38) ainda é realidade, apesar da implementação do Programa Nacional de Qualificação da

Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visava contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica da assistência farmacêutica nas atividades das redes de atenção à saúde (39).

No Brasil, a falta de priorização de estratégias que investem em recursos humanos reflete na insuficiência de profissionais com formação e qualificação para trabalhar em serviços de saúde (33, 40). Esta lacuna deveria ser a principal preocupação e o foco de ação dos tomadores de decisão para melhorar a qualidade da prestação de serviços e o acesso a bens e tecnologias de saúde, pois, diversos estudos constataram que a desorganização da assistência à saúde leva à judicialização (41, 42).

### **Limitações do estudo**

A interpretação das questões elaboradas por Pinzón-Flórez *et al.* pode ter algumas imprecisões, devido à sua tradução ao português. Para minimizar esse problema, foram utilizadas explicações aproximadas e encontradas nos relatos das estratégias implementadas para compatibilizá-las com as estratégias propostas.

Embora diversas páginas eletrônicas pertencentes aos órgãos do governo brasileiro tenham sido escrutinadas, é possível que alguns documentos não tenham sido identificados, principalmente porque a legislação brasileira é dinâmica e atualizada continuamente.

Destaca-se o viés de aferição que pode ter gerado a elevada correspondência entre o número de estratégias propostas por Pinzón-Flórez *et al.* e aquelas implementadas no Brasil. Isso se deve ao fato de que 50% dos estudos levantados por Pinzón-Flórez *et al.* utilizaram dados de estudos brasileiros (6).

Raros foram os estudos que avaliaram a efetividade das estratégias implementadas e, portanto, não foi possível verificar se as estratégias priorizadas realmente seriam efetivas na abordagem da judicialização da saúde.

## **Conclusão**

A análise das estratégias propostas para abordar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe, mostrou que a maioria delas é factível de ser implementada, tanto sob a forma de políticas ou programas de saúde quanto como estratégias institucionais, considerando o contexto brasileiro.

Dessa forma, acredita-se que as estratégias implementadas no Brasil podem servir como parâmetro para a elaboração de estratégias institucionais nos sistemas de saúde dos países dessa região, pois, possuem informações abrangentes sobre o seu funcionamento.

No entanto, sabendo-se que várias estratégias implementadas são complexas, dependem de acordos interinstitucionais, possuem comunicação e atividades intersetoriais, abrangem vários arranjos do sistema de saúde, requerem aparato legal e uma rede de serviços integrados. Além disso, a implementação de estratégias depende de vontade política, infraestrutura e pressão exercida pela judicialização da saúde sobre o cenário local. É importante que o tomador de decisão, faça uma avaliação do contexto local e um planejamento sistêmico para escolher e implantar qualquer estratégia em sua instituição e, posteriormente à sua implementação, deve-se monitorar e avaliar o seu funcionamento.

## **Lista de abreviações**

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

## **Declarações**

### **Aprovação do comitê de ética em pesquisa e consentimento do participante**

Não aplicável

### **Consentimento para publicação**

Não aplicável

### **Disponibilidade de dados e materiais**

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado (e nos arquivos das informações suplementares)

### **Declaração de interesses**

Os autores declaram que não possuem interesses concorrentes.

### **Financiamento da pesquisa**

SMY recebeu bolsa de estudos pela CAPES, porém a fonte de financiamento não teve participação na escolha do tema do artigo, na sua elaboração e nem na decisão de enviar o artigo para publicação.

### **Contribuição dos autores**

SMY e LCL conceberam o desenho do artigo. SMY coletou, organizou e analisou os dados e escreveu o rascunho do artigo. LCL e SB avaliaram criticamente o artigo.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

### **Agradecimentos**

Não aplicável

## Referências

1. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
2. Vieira FS, Lopes LC, Filho SB, Marques DC, Pepe VLE. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. (Pharmaceutical services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines). RAS. 2010;12(47):8.
3. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Rev Saúde Pública. 2011; doi: 10.1590/S0034-89102011005000044.
4. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; doi: 10.1590/S1413-81232010000500015.
5. Conselho Nacional de Justiça. 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. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2010.
6. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. Rev Saúde Pública. 2016; doi: 10.1590/S1518-8787.2016050005728.
7. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. 56 p.
8. Yamauti SM. Estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde. Sorocaba: Universidade de Sorocaba; 2020.
9. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública. 2010; doi: 10.1590/S0034-89102010000300021.
10. Ramos EMB, Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: Um estudo sobre a eficácia do fórum nacional do judiciário para a saúde. Revista de Política Judiciária, Gestão e Administração da Justiça. 2016; doi: 10.26668/IndexLawJournals/2525-9822/2016.v2i2.1533.
11. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2019.
12. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

13. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
14. Rosa T. A consolidação das normas do SUS. Revista Consensus. 2017;6.
15. World Bank. World Development Report 2005: A Better Investment Climate for Everyone. 2004. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5987>. Acessado em 14 de março de 2020.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Legal Instruments Paris: OECD. 2018. Disponível em: <http://www.oecd.org/legal/legal-instruments.htm>. Acessado em 14 de março de 2020.
17. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010. 93 p.
18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. 113 p.
19. Santos AO, Lopes LT. Coletânea Direito à Saúde. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018.
20. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União;1990.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
22. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2018 Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>. Acessado em 4 de junho de 2019.
23. Vieira FS. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: Desafios atuais e futuros do estado brasileiro. In: Conselho Nacional de Secretários de Estado de Administração, editor. IX Congresso CONSAD de Gestão Pública; Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF Brasília: CONSAD; 2016. p. 31.
24. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. The Lancet. 1999;354:SII16-SII20. doi: 10.1016/S0140-6736(99)90252-0.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2010.

26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União;1988.
27. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
28. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1993.
29. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) Brasília: IBGE. 2013 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?t=o-que-e>. Acessado em 5 de setembro de 2019.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Brasília: IBGE. 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?t=o-que-e>. Acessado em 5 de setembro de 2019.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Brasília: IBGE. 2008. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/19898-suplementos-pnad3.html?edicao=10557&t=sobre>. Acessado em 5 de setembro de 2019.
33. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. Rev Saúde Pública. 2017; doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007063.
34. Ascom SE/UNA-SUS. UNA-SUS/UERJ oferece cursos sobre judicialização e violência na Atenção Domiciliar Brasília: UNA-SUS. 2016. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/una-susuerj-oferece-cursos-sobre-judicializa%C3%A7%C3%A3o-e-viol%C3%Aancia-na-aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar>. Acessado em 3 de junho de 2019.
35. Sírio-Libanês IdEePdH. Capacitação em Direito à Saúde Baseada em Evidências São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. 2015. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/cursos/atualizacao/capacitacao-em-direito-a-saude-baseada-em-evidencias>. Acessado em 3 de junho de 2019.
36. Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes (EJEF). Inscrições abertas para o curso de pós-graduação – nível de especialização lato sensu em direito

sanitário – turma VIII Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 2018. Disponível em: <http://ejef.tjmg.jus.br/inscricoes-abertas-para-o-curso-de-pos-graduacao-nivel-de-especializacao-lato-sensu-em-direito-sanitario-turma-viii/>. Acessado em 3 de junho de 2019.

37. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.
38. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JMD, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. Rev Saúde Pública. 2017;51(supl.2). doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007146.
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. QUALIFARSUS: Programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 72 p.
40. Costa EA, Araújo PS, Pereira MT, Souto AC, Souza GS, Guerra Junior AA, et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. Rev Saúde Pública. 2017; doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007106.
41. Santos-Pinto CDB. Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2013.
42. Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 469 p.
43. Souza PHGF, Osorio RG, Paiva LH, Soares S. Os efeitos do programa bolsa família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Rio de Janeiro: IPEA; 2019.
44. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Brasília: IPEA; 2011.
45. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CdA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Supl. 4):18.
46. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, Pizzol TDSD, Oliveira MA, et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): household survey component methods. Rev Saúde Pública. 2016; doi: 10.1590/s1518-8787.2016050006156.
47. Gadelha CAG, Costa KS, Nascimento Júnior JMD, Soeiro OM, Mengue SS, Motta MLD, et al. PNAUM: integrated approach to Pharmaceutical Services, Science,

Technology and Innovation. Rev Saúde Pública. 2016; doi: 10.1590/s1518-8787.2016050006153.

## **Informações suplementares**

**Apêndice 1.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). 2007.

**Apêndice 2.** Lista das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil, categorizadas segundo Yamauti *et al.*<sup>1</sup> e classificadas de acordo com os arranjos para sistemas de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde/Pinzón-Flórez *et al.*<sup>2</sup>.

**Apêndice 1.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*. 2007.

Item	Nº	Recomendação	Página
<b>Título e resumo</b>	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado.	1
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	2
<b>Introdução</b>			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.	3-5
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.	5
<b>Métodos</b>			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	5
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	5
Participantes	6	Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	5-6
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.	5
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.	5-6
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.	5-6
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.	Não aplicável
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e por quê.	Não aplicável
Métodos estatísticos	12	Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.	Não aplicável
<b>Resultados</b>			
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo.	6 + quadros 1 a 3
Dados descritivos	14	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse.	Não aplicável
Desfecho	15	Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	Não aplicável
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	Não aplicável
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	11 e 12 apêndice 2
<b>Discussão</b>			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	12

Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	17 e 18
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	12-17
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	18
<b>Outras Informações</b>			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.	19

---

**Apêndice 2.** Lista das estratégias institucionais implementadas para abordar a judicialização da saúde no Brasil, categorizadas segundo Yamauti *et al.*<sup>1</sup> e classificadas de acordo com os arranjos para sistemas de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde/Pinzón-Flórez *et al.*<sup>2</sup>.

Município /Estado	Ano*	Nome da estratégia	Objetivos	Categorização (Yamauti et al.)	Classificação (OMS/Pinzón-Flórez et al.)					
					Medidas gerais	Liderança e governança	Prestação de serviços	Recursos humanos	Informações	Financiamento
Ribeirão Preto/SP	2002	Comissão de Análise de Solicitações Especiais	Fornecer parecer técnico sobre medicamentos e equipamentos ao Ministério Público Estadual e ao Poder Judiciário de Ribeirão Preto.	Apoio técnico ao judiciário/ Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Ribeirão Preto/SP	2002	Visita domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (expansão das funções)	Promover e proteger a saúde da família, orientar e incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador ao autocuidado e estabelecer mecanismo de integração entre a rede de serviços de saúde e a família.	Organização da assistência	S	S	S	N	S	S
Campo Grande/MS	2005	Coordenadoria de Ação Judicial	Trabalhar no monitoramento, assessoramento e cumprimento das ações judiciais, além de agilizar e otimizar os atendimentos.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	N	N	N	N
Curitiba/PR	2005	Fluxo de atendimento à determinação judicial para fornecimento de medicamentos	Garantir o acesso da população aos medicamentos dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e pela SES do Paraná. Acompanhar e auxiliar o cumprimento das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica no Estado. Gerenciar os medicamentos demandados judicialmente.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	N	S	N
São Paulo/SP	2005	Sistema de Controle Jurídico (SCJ)	Concentrar os dados relevantes de todas as ações ajuizadas (dados pessoais do paciente, doença, medicamentos e produtos solicitados, dados do processo, do advogado, do médico etc.).	Sistema informatizado de informações	S	S	S	S	S	N
Vitória/ES	2006	Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT)	Atualizar periodicamente o elenco de medicamentos da REMEME, participar da elaboração de protocolos clínicos para situações especiais não contempladas nos Protocolos do Ministério da Saúde e avaliar as solicitações de medicamentos não padronizados, originadas das farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais.	Comissão de farmácia e terapêutica	S	S	N	N	S	N
Rio de Janeiro/RJ	2007	Central de Atendimento à Demanda Judicial (CADJ)	Tentar resolver as demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do Município ou do Estado.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	N	S	N

Vitória/ES	2007	Centros de Referência (Auditoria clínica)	Implantar um sistema de regulação da prescrição e promoção do uso racional de medicamentos fornecidos pelas Farmácias Estaduais de Medicamentos Excepcionais.	Organização da assistência	S	S	S	N	N	N
Vitória/ES	2007	Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES).	Implementar a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo, prover o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, e promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos usuários.	Organização da assistência	S	S	S	N	S	N
Belo Horizonte/MG	2007	Núcleo de Assessoria Técnica da SES MG (NAT/SES MG ou Assessoria Técnica)	Acompanhar, atender e analisar as ações judiciais apoiando a Assessoria Geral do Estado, além de atender demandas extraordinárias, conforme estabelecido pelo Secretário de Estado de Saúde.	Defesa do ente público	S	S	S	N	S	N
Vitória/ES	2007	Núcleo de Mandados Judiciais (2017)	Atender as demandas judiciais, orientar e fornecer subsídios ao Ministério Público, Promotoria, Procuradoria e Poder Judiciário sobre questões relacionadas a medicamentos	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	N	S	N
Curitiba/PR	2007	Plano Operacional	Fornecer medicamentos em atendimento às determinações judiciais, cumprindo todas as exigências de cada processo de forma individualizada; adotar fluxo virtual para otimizar o tempo e os processos de trabalho realizados pelo Setor de Medicamentos por Demanda Judicial, melhorar a comunicação entre todos os envolvidos.	Organização da assistência	N	S	S	N	S	S
Vitória/ES	2007	Projeto Farmácia Cidadã	Ampliar o acesso aos medicamentos e aprimorar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários de medicamentos de alto custo do Estado.	Organização da assistência	N	S	S	N	S	N
São Paulo/SP	2007	Relatório Técnico CODES	Explicar em linguagem de fácil compreensão a moléstia que acomete o litigante, a pertinência da terapia medicamentosa que está sendo reclamada e as opções ou alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS	Defesa do ente público	S	N	S	N	S	N
Rio de Janeiro/RJ	2007	Sistema de Pedido Administrativo (realizado no CADJ)	Receber as intimações referentes à defensoria pública e ao ministério público nas ações de saúde, dar cumprimento as decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordenas judiciais, para evitar a utilização da dispensa de licitação por emergência para a aquisição desses itens e agilizar a prestação de serviço dos casos judicializados.	Processo administrativo	S	S	S	N	S	N
São Paulo/SP	2007	Triagem Farmacêutica	Reduzir as ações em trâmite na Justiça por meio de um mecanismo de solução de conflito extrajudicial.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Ribeirão Preto/SP	2007	Visita domiciliar	Realizar atenção domiciliar por meio de ações sistematizadas, viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde.	Organização da assistência	S	S	S	N	S	N
São Paulo/SP	2008	8ª Subprocuradoria, da Procuradoria Judicial, da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo	Aprimorar a atuação da Procuradoria Geral do Estado junto ao Superior Tribunal de Justiça e ao Supremo Tribunal Federal.	Defesa do ente público	S	N	S	N	S	N

São Paulo/SP	2008	Núcleo de Inteligência	Mapear todas as ações e estudar os atores envolvidos na judicialização da saúde, por meio de um software, para agregar valor às informações colhidas e identificar o motivo da crescente demanda no Estado.	Organização da assistência	S	N	S	N	S	N
Porto Alegre/RS	2009	Ação de Planejamento Sistêmico com Foco na Saúde	Facilitar o acesso ao sistema de saúde e garantir efetividade a esse direito, por meio de soluções extrajudiciais.	Organização da assistência	S	S	S	S	S	N
São Paulo/SP	2009	Atendimento Administrativo	Uniformizar o recebimento, pela SES, de pedidos administrativos de medicamentos não padronizados pelo Sistema Único de Saúde.	Processo administrativo	N	S	S	N	S	N
Natal/RN	2009	Comitê Interinstitucional de Resoluções Administrativas de Demandas da Saúde (CIRADS)	Atender ao cidadão através da efetivação das políticas públicas de saúde, promover a conciliação administrativa para evitar a judicialização desnecessária de ações de saúde ou promover a conciliação em ações já ajuizadas e em que há a possibilidade de atendimento do pleito pelo Poder Público, procurar soluções gerais para questões de saúde, a fim de beneficiar os assistidos pelo SUS.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Belo Horizonte/MG	2009	Fundo Estadual de Saúde (FES MG)	Rubrica própria para o atendimento a "sentenças" judiciais.	Cumprimento das resoluções judiciais	N	S	S	N	N	S
Três Rios/RJ	2009	Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (Napass)	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.	Defesa do ente público	S	S	S	S	S	N
Rio de Janeiro/RJ	2009	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT)	Auxiliar os magistrados na tomada de decisões acerca do tema; fornecer subsídios técnicos a magistrados e defensores públicos nas ações judiciais que tenham por objetivo, compelir o Estado do Rio de Janeiro ao fornecimento de tecnologias em saúde.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	S	N
Mauá/SP	2009	Setor de Ação Judicial da Assistência Farmacêutica	Planejamento e reorganização das ações.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	S	S	N
Brasília/DF	2009	Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica (Hórus)	Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS, contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e a qualificação da atenção à saúde prestada à população.	Sistema informatizado de informações	N	S	S	S	S	N
Porto Alegre/RS	2010	Comitê Executivo Estadual da Saúde	Reduzir os números de ações que pleiteiam insumos ou serviços de saúde, pois o atendimento ao paciente no seu direito à saúde deve-se dar de forma menos gravosa aos entes públicos, tão carentes de recursos e com constante ampliação de demandas institucionais.	Comitê estadual da saúde	S	S	S	S	S	N
São Paulo/SP	2010	S-CODES	Controle e gerenciamento das demandas judiciais.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	S	S	N
Brasília/DF	2011	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (Conitec)	Fornecer esclarecimentos aos membros dos Ministérios Públicos, ainda na fase de inquérito civil, acerca da disponibilização de tecnologias em saúde pelo SUS. Fornecer subsídios técnicos à Advocacia Geral da União para a defesa da União em ações judiciais. Fornecer subsídios técnicos aos Juizes para que possam dispor de informações que lhes permitam tomar decisões em pedidos de concessão de liminares em ações judiciais.	Comissão de farmácia e terapêutica	S	S	S	S	S	N

Curitiba/PR	2011	Comitê Executivo de Saúde do Paraná	Subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.	Comitê estadual da saúde	S	S	S	S	S	N
São Luís/MA	2011	Comitê Executivo do Estado do Maranhão	Monitorar as demandas de saúde no Estado do Maranhão e pela proposição de medidas concretas e normativas de subsídio aos magistrados.	Comitê estadual da saúde	S	S	S	N	N	N
Belo Horizonte/MG	2011	Cooperação Técnica Núcleo da Defensoria Especializada da Saúde	Atender as demandas de concessão de tecnologias em saúde, em face do SUS, priorizando a solução administrativa por meio de equipe multidisciplinar, diminuir o número de demandas judiciais, e promover a integração entre as entidades e evitar demandas judiciais que envolvam prestações de saúde	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Campo Grande/MS	2011	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus 2016)	Assessorar o Poder Judiciário Estadual, com informações técnicas, nas demandas relativas ao fornecimento de tecnologias em saúde em face do SUS.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	S	N
Araguaína/TO	2011	Núcleo de Apoio Técnico Municipal de Araguaína (NAT Municipal)	Atuar como meio de solução administrativa estimulando o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Sociedade Civil (usuários), prevenir e evitar a judicialização da saúde, emitir pareceres técnicos quanto ao direito sanitário e as políticas públicas que envolvem o direito a saúde pública.	Processo administrativo/Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Recife/PE	2011	Núcleo de Assistência Técnica em Saúde (NAT-JUS) de Pernambuco	Promover a elucidação das demandas judiciais que envolvem questões de saúde pública, funcionar como uma ferramenta de apoio aos magistrados, para permitir maior esclarecimento a respeito do tema.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	N	N
Brasília/DF	2011	Núcleo de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Melhorar a prestação de serviço ao indivíduo que requer atendimento pelo SUS e que ainda não recorreu ao Poder Judiciário	Processo administrativo	S	S	S	N	S	N
Araguaína/TO	2011	Resolução Administrativa de Conflitos	Dar voz aos usuários do SUS, acolhendo suas manifestações, fornecendo respostas individualizadas, contribuir com informações que possam subsidiar a gestão da assistência à saúde em Araguaína. Evitar a judicialização e subsidiar os magistrados nas decisões sobre as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Incentivar, educar e conscientizar o cidadão no sentido de acessar diretamente o sistema de saúde gerido pelo Poder Executivo local, já que os serviços estão disponíveis. Exigir do gestor saúde, a implementação e a execução com eficiência das Políticas Públicas previstas para a saúde.	Processo administrativo	S	S	S	N	S	N
Rio de Janeiro/RJ	2012	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)	Promover o atendimento de partes assistidas pelas defensorias públicas que demandem prestação de serviço de saúde, evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta tecnologias em saúde.	Solução consensual de conflitos	N	S	S	N	S	N
João Pessoa/PB	2012	Câmara Técnica de Saúde (CTS)	Subsidiar o Poder Judiciário Estadual com informações técnicas nas demandas relativas ao fornecimento de tecnologias em saúde do SUS.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	N	N
São Paulo/SP	2012	Comissão de Farmacologia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	Assessorar o Titular da Pasta na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos.	Comissão de farmácia e terapêutica	S	S	S	N	S	N
Palmas/TO	2012	Comitê Executivo para Monitoramento das Ações de	Coordenar e executar ações de naturezas específicas e relevantes no âmbito dos serviços de cuidados e atenção à saúde, e propiciar o amplo e aberto	Comitê estadual da saúde	S	S	S	S	S	N

		Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS-TO)	diálogo para a solução das demandas individualizadas e coletivas a fim de evitar a judicialização. Monitorar as ações judiciais que envolvem a prestação de assistência à saúde.								
Porto Alegre/RS	2012	Departamento Médico Judiciário (DMJ)	Proceder exames e elaborar pareceres técnicos destinados a instruir processos judiciais e administrativos.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	N	N	
Belo Horizonte/MG	2012	Mediação Sanitária	Discutir os problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, permitindo a interação democrática entre os participantes. Apoiar os Promotores de Justiça com atuação na saúde e outros atores na resolução das demandas em saúde, com ênfase na adoção de medidas preventivas de alcance coletivo, construir soluções consensuais e substituir, quando possível, a judicialização da política de saúde.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N	
Salvador/BA	2012	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) (2017)	Prestar informações especializadas em Saúde Baseada em Evidências aos magistrados, para subsidiá-los na tomada de decisões que envolvam a pertinência clínica e contratual ou de política pública, de tecnologias em saúde, relativos ao SUS ou à saúde suplementar.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	S	N	
Belo Horizonte/MG	2012	Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital das Clínicas (2012 a 2014)	Fornecer análises críticas sobre novas tecnologias e processos, seu valor clínico e suas possibilidades de incorporação na prática clínica, promover a prática em saúde baseada em evidências, por meio de núcleos de estudos, prática e disseminação do conhecimento.	Apoio técnico ao judiciário	S	N	S	N	S	N	
Lages/SC	2012	Núcleo de Conciliação de Demandas em Saúde	Central de conciliação pré-processual é um modelo de solução de conflitos que objetiva proporcionar uma alternativa à judicialização de demandas em saúde, para atender com efetividade e eficácia as solicitações de tecnologias em saúde do SUS ainda não judicializadas.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	S	S	N	
Natal/RN	2012	SUS Mediado Natal	Garantir maior efetividade às políticas públicas de saúde no Estado do Rio Grande do Norte, evitar demandas judiciais e assegurar o acesso aos usuários hipossuficientes do SUS a tecnologias em saúde sob a responsabilidade do Estado e previstos pelo SUS.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N	
São Paulo/SP	2012	Triagem Farmacêutica no Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFAZ)	Análise prévia do processo, por técnicos da SES-SP junto às varas dos juizados especiais da Fazenda Pública, a fim de identificar outros meios não judiciais ao paciente, diminuir as ações judiciais desnecessárias, promover o uso racional de medicamentos com maior segurança e efetividade e reinserir o paciente no SUS, quando possível.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N	
Porto Alegre/RS	2012	Utilização do Sistema de Administração de Medicamentos (AME)	Registrar todas as entregas de medicamentos deferidas por ordens judiciais.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	S	S	N	
Brasília/DF	2013	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis)	Buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde para evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite e fortalecer os mecanismos extrajudiciais de efetivação do direito à saúde.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	N	N	
Palmas/TO	2013	NAT Estadual (NAT-Jus Estadual -TO)	Disponibilizar subsídios técnicos aos Magistrados Tocantinenses nas demandas de saúde que tenham por finalidade ações e serviços ofertados pelo SUS,	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	S	S	N	

			aprimorar os conhecimentos técnicos dos Magistrados e dar mais segurança na tomada de decisões, por intermédio de intercâmbio de informações institucionais.								
Maceió/AL	2013	Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS)	Assistir e cooperar com os secretários estaduais e municipais de saúde nas análises pertinentes aos processos judiciais sobre o fornecimento de serviço área de saúde, no âmbito do SUS, em Alagoas. Promover estudos, análises, seminários e outros eventos relativos à tramitação e/ou tramitação de processos judiciais, na área da Saúde. Assistir a Defensoria Pública e o Poder Judiciário no tocante aos processos referentes a assuntos da área da Saúde.	Cumprimento das resoluções judiciais /processo administrativo	S	S	S	N	S	N	
Rio de Janeiro/RJ	2013	Sistema Câmara de Saúde	Servir como ferramenta de auxílio à gestão.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	N	S	N	
Franca/SP	2013	Transferência de cidadãos da farmácia de atendimento judicial para farmácias de medicamentos especializados da Assistência Farmacêutica	Demonstrar os benefícios do atendimento de pacientes através das Farmácias de Medicamentos Especializados do SUS em detrimento da via judicial. Promover uso racional de medicamentos por meio de seu fornecimento com orientação, segurança e eficácia terapêutica além de reduzir os gastos com judicialização.	Organização da assistência	N	S	S	N	S	N	
Belém/PA	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde (CIRADS)	Analisar os casos concretos em que o indivíduo, alegue não ter recebido o devido atendimento, para identificar as causas do problema e encaminhar soluções. Atuar no atendimento administrativo do pleito, evitando a sua judicialização, assim como nos tratamentos de saúde previstos nas competências do SUS e não tenha sido prestado, bem como naquelas hipóteses em que, por algum motivo, o médico indicou tratamento diverso dos que é oferecido pelo SUS.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N	
Uberlândia/MG	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Uberlândia (CIRDS)	Manifestar-se antes da fase judicial, sobre os pedidos referentes ao fornecimento de medicamentos, tendo por objetivo a resolução extrajudicial nos termos das diretrizes do SUS.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	S	S	N	
Recife/PE	2014	Núcleo de Ações Judiciais (NAJ)	Agilizar o cumprimento dos mandados judiciais e respostas aos requerimentos administrativos na área da saúde. Atender de forma ágil aos pacientes que buscam, por meio da Justiça, acesso a tecnologias de saúde, além de outros tratamentos da rede pública.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	N	S	N	
Belo Horizonte/MG	2014	Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS)	Propor e implementar métodos e rotinas de trabalho que agilizem a execução das demandas de sua área de atuação. Promover ações para garantir o cumprimento de decisão judicial que determinem o fornecimento de tecnologias em saúde.	Organização da assistência	S	S	S	N	S	N	
Cantagalo/RJ	2015	Atendimento Extrajudicial na Saúde Pública	Atender a população que busca acesso aos serviços de saúde pública no Município de Cantagalo/RJ.	Solução consensual de conflitos	N	S	S	N	N	N	
Macapá/AP	2015	Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (NOAT)	Dar solução em demandas de saúde e evitar processos judiciais, fornecer canais que possibilitam um contato fácil e ágil, mesmo daqueles que residem em lugares com pouco acesso à informação.	Processo administrativo	N	S	S	N	S	N	

São Luís/MA	2015	Portal de Atenção à Saúde (PAS)	Evitar a judicialização e buscar soluções administrativas para o fornecimento de tecnologias em saúde, utilizando mediação, conciliação e informação.	Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Curitiba/PR	2015	Procuradoria de Saúde Paranaense	Atuar na defesa do ente público em todas as demandas movidas na Justiça Estadual ou Federal que envolve o direito à saúde ajuizadas em Curitiba.	Defesa do ente público	S	S	N	N	S	N
Vitória/ES	2015	Projeto Gestão Estratégica da Judicialização	Estruturar o serviço de demandas judiciais da SES, sistematizar a prática e gerar ações estratégicas de enfrentamento das demandas justificáveis e injustificáveis, fortalecer a interlocução com os operadores do Direito e os atores externos da sociedade que demandam a SES sobre as questões da Judicialização.	Organização da assistência	N	S	S	S	S	N
Maceió/AL	2015	Subunidade de Licitações, Contratos e Convênios da Procuradoria Geral do Estado (PGE)	Reduzir o tempo de resposta para o cumprimento das ações judiciais.	Defesa do ente público	S	S	S	N	S	N
Maceió/AL	2016	Câmara Técnica de Saúde (CTS)	Fornecer informações especializadas, sem caráter vinculativo, para subsidiar os magistrados em questões que envolvem a pertinência técnica ou contratual de tecnologias em saúde, relativo ao SUS ou à saúde suplementar.	Apoio técnico ao judiciário	S	N	S	N	N	N
Natal/RN	2016	NAT-Jus Rio Grande do Norte	Elaborar documentos técnicos e especializados, na área da saúde, para auxiliar magistrados na formação de um juízo de valor, nas questões clínicas apresentadas nas ações judiciais, envolvendo a assistência à saúde pública.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	S	N
Palmas/TO	2016	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus) de Palmas	Reduzir o gasto irracional dos recursos públicos decorrentes da judicialização, melhorar a qualidade da prestação de serviços públicos de saúde no município de Palmas, e garantir maior celeridade e desburocratização ao serviço público.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	S	S	N
Fortaleza/CE	2016	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS)	Atender às solicitações de esclarecimentos em ações judiciais que envolvem prestação de assistência à saúde no SUS.	Apoio técnico ao judiciário	S	N	S	N	S	N
Macapá/AP	2016	Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS)	Oferecer embasamento especializado multidisciplinar aos magistrados em decisões que envolvem casos relacionados à saúde pública ou particular e diminuir a judicialização.	Apoio técnico ao judiciário	S	N	S	N	S	N
Vitória/ES	2016	Procedimento Extrajudicial de Saúde (Sistema PES)	Resolução de forma administrativa sem a necessidade de dar prosseguimento para a judicialização.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	N	S	N
São Paulo/SP	2016	Serviços de Triagem e Orientação Farmacêutica e Nutricional (Acessa SUS)	Diminuir as ações judiciais desnecessárias e fornecer informações sobre alternativas de remédios e tratamentos já existentes na rede pública, por meio do atendimento direto à população e das demandas provenientes do Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário estaduais.	Processo administrativo/ Solução consensual de conflitos	S	S	S	N	S	N
Brasília/DF	2017	Cadastro Nacional de Pareceres, Notas e Informações Técnicas (e-NAT-Jus)	Subsidiar os magistrados de todo o País em ações judiciais na área da saúde e evitar o conflito de opiniões entre diferentes NATS, por meio de uma ferramenta com evidências técnicas e científicas.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	S	S	S
Campo Grande/MS	2017	Comitê Estadual do Fórum do Judiciário para a Saúde	Aconselhar e sugerir aos Entes Federativos, Magistrados, classe médica e demais operadores do direito envolvidos com saúde pública, medidas que visem amenizar o problema da judicialização da saúde, estreitar laços com as principais esferas políticas, por meio de política judiciária voltada ao gerenciamento da área da saúde.	Comitê estadual da saúde	S	S	S	S	S	N

Belém/PA	2017	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS Pará)	Organizar e promover o atendimento das demandas judiciais relativas à saúde pública no Estado de Pará e prestar apoio técnico aos magistrados nas demandas que envolvam direito à saúde pública.	Apoio técnico ao judiciário	S	S	S	N	S	N
Palmas/TO	2017	Núcleo de Demandas Judiciais	Setor exclusivo para o trâmite administrativo para dar cumprimentos às demandas judiciais recebidas pela SES.	Cumprimento das resoluções judiciais	S	S	S	N	N	N
Campo Grande/MS	2018	Cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica.	Cumprir a liminar ou sentença mediante depósito judicial do valor necessário para que o paciente adquira diretamente o produto, pelo período até 180 dias.	Cumprimento das resoluções judiciais	N	S	S	N	S	S
Vitória/ES	2018	Portal Eletrônico de Intimação Judicial	Dar mais agilidade ao cumprimento das ações judiciais, centralizando e padronizando o recebimento das intimações na SES.	Sistema informatizado de informações	S	S	S	N	S	N

**Fonte:** Yamauti *et al.* (2020) com elaboração adicional.

**Legenda:** \*Ano de implantação da estratégia; OMS - Organização Mundial da Saúde; REMEME – Relação de medicamentos essenciais e medicamentos excepcionais; SUS – Sistema Único de Saúde; SES – Secretaria de Estado da Saúde; NATS – Núcleo de avaliação de tecnologias em saúde; S – sim; N – não.

#### Referências

1. Yamauti SM. Estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde. Sorocaba: Universidade de Sorocaba; 2020.
2. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Rev Saude Publica.* 2016; 50: 56. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005728>.

#### **5.4 Artigo 4 – Estratégias institucionais para abordar a judicialização da assistência farmacêutica: uma análise comparativa**

**Apresentação:**

Ele foi formatado de acordo com as normas da revista publicada pela ABRASCO.

**Revista:** Ciência & Saúde Coletiva

**Versão impressa:** 1413-8123

**Fator de impacto calculado pelo *Journal Citation Reports* (2018):** 1,008.

**Classificação Webqualis/Capes quadriênio 2013-2016:** B3

**Área:** Farmácia

Obs: Páginas eletrônicas acessadas em 16/02/2020.

**Estratégias institucionais para abordar a judicialização da assistência farmacêutica: melhoramos a gestão pública?**

**Título em inglês:** *Institutional strategies to approach the judicialization of Pharmaceutical Services: do we improve public management?*

**Título resumido:** Judicialização da Assistência Farmacêutica

Sueli Miyuki Yamauti<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-5020-6379, Luciane Lopes<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-3684-3275

<sup>1</sup> Universidade de Sorocaba. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Sorocaba, SP, Brasil.

**Correspondência:**

Luciane Cruz Lopes  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba - UNISO.  
Rod. Raposo Tavares, KM 92,5 - Sorocaba, São Paulo, Brasil  
CEP 18023-000  
e-mail: [luciane.lopes@prof.uniso.br](mailto:luciane.lopes@prof.uniso.br)

**Financiamento da pesquisa:** SMY recebeu bolsa de estudos pela CAPES, porém a fonte de financiamento não teve participação na escolha do tema do artigo, na sua elaboração e nem na decisão de enviar o artigo para publicação.

**Apresentação prévia:** Parte dos dados deste artigo pertence à tese de doutorado de SMY.

## Resumo

A judicialização da assistência farmacêutica (AF) é a mais frequente no Sistema Único de Saúde. Várias propostas de estratégias para abordar esse tema foram publicadas a partir de 2010, porém, não foram encontrados dados sobre sua implementação. Este estudo analisou se as propostas para abordar a judicialização da AF foram implementadas. Foi realizada uma análise comparativa entre 52 'propostas de estratégias' que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos com 76 'estratégias implementadas' em instituições públicas para abordar a judicialização da AF no Brasil. As 'propostas de estratégias' foram divididas em: (i) propostas que atuam em mais de um eixo gerador de propostas e (ii) propostas endereçadas a instituição ou iniciativas governamentais. O primeiro grupo foi comparado com as 'estratégias implementadas' e o segundo, com práticas institucionais encontradas nas páginas eletrônicas das instituições citadas nas 'propostas de estratégias'. Somente três 'propostas de estratégias' não encontraram um equivalente implementado. Essas propostas relacionavam-se ao diálogo interinstitucional e à difusão de informações sobre listas de financiamento de medicamentos por profissionais de saúde e por conselhos de classe.

**Descritores:** Assistência farmacêutica. Judicialização da saúde. Administração pública.

**Abstract**

The judicialization of pharmaceutical services (PS) is the most frequent in the Unified Health System. Several proposals for strategies to approach this issue have been published since 2010, however, data on their implementation have not been found. This study analyzed whether the proposals to approach the judicialization of PS were implemented. A comparative analysis was carried out among 52 'strategy proposals' that favor the rational use and access to medicines with 76 'strategies implemented' in public institutions to approach the judicialization of PS in Brazil. The 'strategy proposals' were divided into: (i) proposals that act in more than one axis of generate proposals and (ii) proposals addressed to government institutions or initiatives. The first group was compared with 'implemented strategies' and the second, with institutional practices found on the websites of the institutions mentioned in 'strategy proposal'. Only three 'strategy proposals' did not find an equivalent implemented. These proposals were related to interinstitutional dialogue and the dissemination of information on drug financing lists by health professionals and class councils.

**Keywords:** Pharmaceutical services. Judicialization of health care. Public administration.

## Introdução

O ano de 2008 foi um período com mudanças políticas no mundo devido à crise econômica mundial. Nessa época, o Brasil enfrentava uma crise política envolvendo corrupção no Poder Executivo, na área da saúde houve a troca do Ministro da Saúde e a revogação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira <sup>1</sup>.

Isso gerou atraso e alteração de todo o planejamento governamental de quatro anos para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>1</sup>. Além disso, várias políticas e programas de saúde já haviam sido implantadas no governo anterior e os serviços públicos de saúde precisavam se adequar à mudança de paradigma.

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) também sofreu mudanças importantes. Passando de um serviço de apoio de segundo plano que se limitava aos serviços logísticos envolvendo o medicamento<sup>2</sup> para um conjunto de ações e serviços de natureza técnico-científico-operacional e de inovação tecnológica centradas no medicamento e utilizadas para apoiar as ações de saúde necessárias para prevenir doenças, e proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade<sup>3, 4</sup>.

A prestação de serviços nesta área, a falta de infraestrutura e de recursos humanos qualificados <sup>5-7</sup> efetivamente precisavam de mudanças tanto nos municípios quanto nos Estados, pois, vários estudos apontam que a melhora na estruturação da assistência contribui substancialmente para evitar demandas judiciais <sup>8</sup>.

No entanto, a AF ainda é subfinanciada e o aumento dos litígios em saúde colaboram para diminuir a eficiência do setor <sup>5</sup>. A judicialização da AF no SUS é uma das mais frequentes <sup>9</sup>, gera distorções na equidade, tem de impacto econômico <sup>10</sup> e envolvem a mídia de massa <sup>11, 12</sup>.

Várias iniciativas publicadas a partir de 2010 foram lançadas para abordar a judicialização da AF. Uma destas iniciativas reuniu um grupo com 15 *stakeholders* que

vivenciavam perspectivas diferentes no lidar com as demandas de medicamentos pela via judicial tanto da área de direito e quanto da saúde, liderados por Barberato-Filho, Lopes e Vieira em uma oficina intitulada “Gestão da assistência farmacêutica e ações judiciais: estratégias que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos”. A partir de quatro eixos geradores de propostas: i. Comunicação; ii. Gestão da assistência farmacêutica; iii. Gerenciamento das demandas judiciais no Poder Executivo e; iv. Gerenciamento das demandas judiciais no Poder Judiciário; a oficina gerou 52 ‘propostas de estratégias’ para abordar a judicialização da AF e favorecer o uso racional e o acesso a medicamentos <sup>13</sup>.

Passados dez anos, não se sabe se as ‘propostas de estratégias’ geradas por aquele grupo foram implantadas e qual delas ainda representam uma lacuna na abordagem da judicialização da assistência farmacêutica.

Assim, o objetivo desse estudo foi analisar se as ‘propostas de estratégias’ para abordar a judicialização da assistência farmacêutica foram implementadas em instituições públicas brasileiras durante os anos subsequentes.

## **Método**

### *Delineamento*

Análise transversal qualitativa que compara as ‘propostas de estratégias’ que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos <sup>13</sup> com as ‘estratégias implementadas’ em instituições públicas para abordar a judicialização da saúde no Brasil<sup>14</sup>.

Este estudo seguiu o roteiro para redação de artigos científicos *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>15</sup> (**Apêndice 1**).

### *Crêterios de elegibilidade*

Foram incluídas 76 ‘estratégias implementadas’ por institui es públicas brasileiras para abordar a judicializa o da assistência farmacêutica, identificadas por Yamauti e colaboradores <sup>14</sup> (2020). As institui es públicas pertencem tanto a área da saúde quanto a área jurídica (procuradoria-geral, defensoria e ministério públicos e tribunais de justiça).

Também foram incluídas 52 ‘propostas de estratégias’ elaboradas por um grupo de *stakeholders*, em 2010, e descritas por Viera e colaboradores<sup>13</sup>.

### *Análise dos dados*

As ‘estratégias implementadas’ foram classificadas de acordo com os quatro eixos geradores de propostas utilizados por Vieira e colaboradores<sup>13</sup>. Para isso, foi definido um conjunto de atividades utilizadas pelas ‘estratégias implementadas’ que coadunasse com cada eixo, **Quadro 1**.

**Quadro 1.** Atividades desenvolvidas pelas estratégias implementadas para abordar a judicializa o da assistência farmacêutica, de acordo com o eixo gerador de propostas.

<b>Eixo gerador de proposta</b>	<b>Atividades das estratégias implementadas no Brasil</b>
<b>Comunica�o entre os secretários de saúde e o sistema jurídico</b>	Uso de solu�es consensuais de conflitos, tais como: negocia�o, media�o, concilia�o, arbitragem e termo de ajustamento de conduta, pelo sistema jurídico (advocacia pública, defensoria pública, ministério público e tribunal de justiça) e pelas institui�es de saúde tanto nos casos judicializados quanto nos extrajudiciais.
<b>Gestão da assistência farmacêutica</b>	Reorganiza�o e/ou reestrutura�o da assistência farmacêutica para melhorar ou ampliar o acesso a medicamentos pela popula�o, por meio de implanta�o de tecnologias, de infraestrutura ou de controles nos processos (gestão) para evitar a judicializa�o da assistência farmacêutica.
<b>Gerenciamento das demandas judiciais no Poder Executivo</b>	Serviços para atender as decisões judiciais sobre as a�es judiciais envolvendo medicamentos.
<b>Gerenciamento das demandas judiciais no Poder Judiciário</b>	Serviços técnicos para dar suporte na elabora�o das resolu�es judiciais (sentenças, decisões interlocutórias e despachos) sobre as a�es judiciais envolvendo medicamentos.

Fonte: Vieira *et al.* (2010) com elabora o adicional pelos autores deste estudo.

As 'propostas de estratégias' foram divididas em dois blocos: (i) propostas de estratégias que atuam em mais de um eixo gerador de propostas, onde 36 'propostas de estratégias' foram reagrupadas em 20 propostas e (ii) propostas de estratégias que estavam endereçadas a alguma instituição ou que pudessem ser consideradas como iniciativas governamentais (n = 16).

As 20 'propostas de estratégias' reagrupadas foram comparadas às 76 'propostas implementadas'.

As 16 'propostas de estratégias' endereçadas a instituições ou a iniciativas governamentais foram comparadas com quaisquer ações adotadas por qualquer órgão ou instituição pública nos níveis federal, estadual ou municipal.

As práticas institucionais ou iniciativas governamentais foram identificadas por meio de escrutínio nos endereços eletrônicos das seguintes instituições: Centro colaborador do SUS Avaliação de tecnologias & excelência em saúde, Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Comitê da Saúde do Estado do Paraná, Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins, Confederação Nacional de Municípios (CNM), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Farmácia, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Odontologia, Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), *Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)* Brasil, Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde (MS), Ministério Público Goiás, Ministério Público Minas Gerais, Ministério Público Rio de Janeiro, Ministério Público São Paulo, Núcleo de Apoio Técnico do Tribunal de Justiça

de Mato Grosso do Sul, Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS) e Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

## **Resultados**

A **Tabela 1** mostra a distribuição das 76 'estratégias implementadas' entre os eixos geradores de propostas de estratégias (**Apêndice 2**) e sua correspondência com as 20 'propostas de estratégias' reagrupadas.

**Tabela 1.** Classificação das estratégias implementadas em instituições públicas para abordar a judicialização da assistência farmacêutica que coadunam com as propostas de estratégias que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos.

Propostas de estratégias	Eixos geradores de propostas				
	Comunicação entre os secretários de saúde e o sistema jurídico	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário	Gestão da assistência farmacêutica	Estratégias implementadas* N (%)
<b>N</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>76 (100)</b>
Equipe técnica multiprofissional	11	15	15	9	48 (63,2)
Fornecimento de informações técnicas para esclarecimento ao judiciário ou para a defesa da instituição	12	14	16	9	48 (63,2)
Informatização dos serviços (sistemas informatizados específicos do serviço ou integrados com identificação do cidadão e do processo, controle do ciclo do medicamento e compartilhado entre diversos serviços)	11	18	9	12	46 (60,5)
Organização dos serviços: padronização de procedimentos e rotinas	14	16	6	7	40 (52,6)
Iniciativa do diálogo pela secretaria de saúde	6	19	6	13	40 (52,6)
Uso de regras para solicitação ou dispensação de produtos, tais como: prescrição médica por nome genérico, exames complementares, reavaliação da conduta terapêutica	12	11	8	9	37 (48,7)
Mecanismos que fornecem informações ao cidadão sobre direito à saúde, como funciona o SUS, assistência farmacêutica ou como obter acesso aos serviços de saúde (materiais educativos, tais como: folder, manual, cartilha, áudio, vídeo ou endereço eletrônico)	5	4	3	9	20 (26,3)
Capacitação (palestra, curso, treinamento) aos prestadores ou aos usuários (profissionais de saúde e/ou judiciário) sobre judicialização da saúde e subsídios técnicos baseados em evidências	6	5	3	5	19 (25,0)
Perícia ou avaliação do paciente; Detecção ou coibição de fraudes	4	8	5	2	19 (25,0)
Elaboração de protocolos e/ou diretrizes de práticas clínicas, ou recomendações e enunciados ao judiciário	9	2	4	6	19 (25,0)
Fóruns ou assembleias ou reuniões que têm o objetivo de discutir sobre a judicialização da saúde com as partes interessadas (saúde, judiciário e/ou cidadãos)	9	4	4	0	17 (22,4)
Soluções consensuais de conflitos (Negociação, mediação ou conciliação sanitária)	13	0	0	3	16 (21,1)
Monitoramento e avaliação das atividades da Assistência Farmacêutica	3	4	1	5	13 (17,1)
Monitoramento dos serviços - envio de relatórios de atendimento ao jurídico	5	6	0	1	12 (15,8)
Atendimento de medicamentos ou insumos farmacêuticos pelo serviço, via processo administrativo	4	5	0	5	12 (15,8)
Contratação de profissionais qualificados e/ou especializados	2	3	2	5	11 (14,5)
Publicação/divulgação, em página eletrônica, de informações sobre a assistência farmacêutica (programas, listas de medicamentos, locais de fornecimento, modo de obtenção etc.)	0	4	2	1	7 (9,2)
Uso de regras para análise de pedidos de medicamentos ou insumos farmacêuticos ou dietas (triagem na área jurídica)	2	3	0	0	5 (6,6)
Orçamento específico para custear os gastos com a judicialização da saúde	0	3	1	0	4 (5,3)
Atualização da relação de medicamentos e dos protocolos	0	0	0	3	3 (3,9)

**Fonte:** Vieira et al. (2010) modificado pelos autores desse estudo

**Nota:** \* O total das estratégias implementadas não corresponde à sua soma, pois, dentro dos quatro eixos principais, existem três estratégias implementadas que pertencem a dois eixos ao mesmo tempo, os quais foram contabilizados apenas uma vez quando apareciam simultaneamente numa mesma proposta.

Os eixos ‘Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo’ e ‘Gestão da assistência farmacêutica’ possuem ‘estratégias implementadas’ administradas por instituições pertencentes à área da saúde e os eixos ‘Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário’ e ‘Comunicação entre os secretários de saúde e o sistema jurídico’ utilizam estratégias pertencentes tanto pela área da saúde quanto do jurídico.

A busca nas páginas eletrônicas de várias instituições identificou que as práticas institucionais coadunam com 13 das 16 ‘propostas de estratégias’ endereçadas a alguma instituição ou a iniciativas governamentais, **Quadro 2**.

**Quadro 2.** Propostas de estratégias que favorecem o uso racional e o acesso a medicamentos que possuem analogia com práticas institucionais implementadas no Brasil.

Propostas de estratégias endereçadas a uma instituição brasileira	Instituição que implementou a estratégia
Divulgar os avanços e preocupações quanto ao fornecimento de medicamentos por meio de demandas judiciais, via Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como forma de estímulo aos secretários de saúde para intensificar a comunicação com o Poder Judiciário.	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Confederação Nacional dos Municípios (CNM)
O Ministério da Saúde (MS), o CONASS e o CONASEMS devem estimular a estruturação da assistência farmacêutica de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas.	MS, CONASS e CONASEMS
Reivindicar que Estados e União ampliem a avaliação de novas tecnologias e difundam informações que permitam a defesa do SUS nas solicitações judiciais.	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Centro Colaborador do SUS Avaliação de Tecnologias & Excelência em Saúde, Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul e de Minas Gerais, Comitê da Saúde do Estado do Paraná e do Tocantins
Estimular o Ministério Público para que atue como indutor de melhorias na gestão de políticas e de mecanismos administrativos relacionados ao acesso a medicamentos e produtos para a saúde.	Ministérios públicos estaduais de Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro
Contribuir para a melhoria da gestão da assistência farmacêutica estadual e municipal, difundindo experiências exitosas por meio do CONASS e do CONASEMS.	CONASS, CONASEMS e Conselho Federal de Farmácia.
Estabelecer canais de entendimento entre a magistratura, o Ministério Público e a Defensoria Pública, comunicando as deliberações feitas conjuntamente aos gestores de saúde (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e MS).	Conselho Nacional de Justiça
Realizar fóruns de discussão com intercessão de universidades, para trocar experiências com municípios que tenham procurado estabelecer o diálogo entre secretários de saúde, defensores e promotores públicos.	Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo
Sistematizar informações sobre ações individuais no plano municipal, regional, estadual e nacional, utilizando instituições de pesquisa, para essa sistematização e divulgação.	Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo; Universidades Federais com município do Estado de São Paulo <sup>21</sup>

Intensificar a produção brasileira de Avaliação Tecnológica em Saúde (MS e outros órgãos públicos que forem capazes de realizá-la). Divulgar as avaliações feitas particularmente no Reino Unido, Austrália e Canadá que se apliquem ao SUS.	REBRATS e CONITEC. EVIPNet Brasil
Formular políticas para garantir acesso a medicamentos na assistência à saúde de média complexidade, estabelecendo as responsabilidades de seu financiamento.	Ministério da Saúde
Garantir o acesso a medicamentos essenciais ligados à atenção básica por meio de protocolos de tratamento para as doenças mais prevalentes.	Ministério da Saúde
Garantir o financiamento pactuado e o mecanismo de repasse de recursos financeiros aos entes estaduais e municipais, além de divisão mais clara das respectivas competências quanto ao fornecimento dos medicamentos.	Ministério da Saúde
Resgatar a credibilidade das informações técnicas.	Conselho Nacional de Justiça
Difundir a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o Formulário Terapêutico Nacional por meio de associações e Conselhos de Medicina, de Odontologia, de Enfermagem, de Farmácia, entre outros.	-
Intensificar o diálogo entre juízes e secretários de saúde no que diz respeito ao orçamento previsto para a saúde e para que a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, os principais programas, o plano operativo anual e o relatório de gestão sejam plenamente conhecidos pela magistratura.	-
Garantir maior participação e comprometimento dos agentes de saúde quanto ao esclarecimento de questões técnicas sobre a inclusão de medicamentos nas listas de medicamentos essenciais (seleção/padronização).	-

**Fonte:** Vieira et al. (2010) com elaboração adicional.

**Nota:** Endereços eletrônicos acessados em 13 fev. 2020.

## Discussão

### *Principais achados*

A maioria das 'propostas de estratégias' para melhorar o acesso e o uso racional de medicamentos elaborados há 10 anos foram identificadas dentre aquelas implementadas. No entanto, apesar das reestruturações e adequações que os serviços de ambos setores (jurídico e saúde) sofreram devido à implementação de tais estratégias, isso não se deu de forma homogênea <sup>14</sup> e a judicialização da assistência farmacêutica continua em ascensão no Brasil <sup>9</sup>.

### *Estratégias implementadas que coadunam com as propostas de estratégias*

A quantidade de 'estratégias implementadas' por proposta não indica necessariamente que umas são mais importantes que outras, mas, que algumas provavelmente são mais fáceis de serem implementadas em diversos contextos, pois, são práticas recomendadas ou empregadas na gestão pública <sup>16, 17</sup>. Além disso, a existência de legislação, recomendações por instâncias superiores e oportunidade ou vontade política, também são motivos para incentivar a implementação de estratégias <sup>14</sup>.

No entanto, a existência de legislação principalmente na gestão da assistência farmacêutica, não garante o seu total cumprimento no Brasil <sup>18</sup>. Neste estudo, foi observado que apesar da Lei de Acesso à Informação Pública ser um dos fundamentos da gestão pública <sup>19</sup>, das 40 'estratégias implementadas' exclusivamente pelas instituições de saúde, somente 5 possuem informações sobre a assistência farmacêutica e apenas 20 (26,3%) 'estratégias implementadas' fornecem informações ao cidadão sobre direito à saúde, como funciona o SUS ou como obter acesso aos serviços de saúde em suas páginas eletrônicas.

A implementação de estratégias também não se configura como garantia de melhoria e aumento ao acesso aos bens e cuidados de saúde, pois, várias instituições produziram materiais de apoio, qualificação e capacitação sobre a gestão da assistência farmacêutica, a fim de suprir a pouca qualificação de vários gestores na área da saúde <sup>4, 7, 20</sup>. No entanto, estes documentos aparentemente são pouco divulgados, e provavelmente, também são subutilizados.

Um estudo sobre a gestão da assistência farmacêutica para medicamentos judicializados, com dados de 2013, apontou problemas na gestão municipal, incluindo inadequações no manejo das demandas judiciais e administrativas <sup>21</sup>. Tais resultados, corroboram com o relatório de auditoria operacional sobre a judicialização da saúde no Brasil do Tribunal de Contas da União (2015), que detectou a ausência de cultura organizacional focada no controle interno de processos e o inadequado controle administrativo das demandas judiciais, inclusive no Ministério da Saúde. A única prática apontada pelo relatório como exemplo de boas práticas em gestão administrativa das demandas judiciais foi o trabalho desenvolvido pela Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (CODES/SP) <sup>22</sup>.

Os dados de duas pesquisas nacionais, realizadas em 2015, envolvendo a assistência farmacêutica, identificaram problemas de gestão na assistência farmacêutica em vários municípios do Brasil<sup>18, 23-25</sup>. Tais problemas incluem equipes técnicas inexistentes ou insuficientes e com pouca qualificação, infraestrutura inadequada para dar condições dignas de trabalho e promover atendimento humanizado<sup>18, 23, 24</sup> e baixa participação dos responsáveis pelas assistências farmacêuticas municipais no planejamento dos serviços farmacêuticos <sup>25</sup>.

Acredita-se que a 'proposta de estratégias' que sugere a sistematização de informações sobre ações individuais no plano municipal, regional, estadual e nacional,

utilizando instituições de pesquisa para essa sistematização e divulgação<sup>13</sup>, pode ser uma opção para aprimorar a gestão pública. A experiência de um município do Estado de São Paulo, mesmo com resultados modestos, mostrou que a colaboração entre instituições de ensino e pesquisa com instituições públicas é possível e importante <sup>26</sup>.

#### *Lacunas na abordagem da judicialização da assistência farmacêutica*

Foi observado que a comunicação entre saúde e jurídico se faz por meio de 'estratégias implementadas' que promovem soluções consensuais de conflitos tais como mediação, conciliação <sup>27</sup> e negociação sob a forma de um diálogo interinstitucional.

O diálogo interinstitucional ocorre informalmente com maior intensidade nos processos administrativos<sup>28</sup>, na triagem farmacêutica em defensorias<sup>29</sup> e tribunais<sup>30</sup>, e entre os profissionais do direito e da saúde quando estes compreendem o ofício de cada um <sup>14, 36</sup>.

Entretanto, não foram identificados 'estratégias implementadas' que objetivassem explicitamente a intensificação do diálogo entre magistrados e secretários de saúde, principalmente no que diz respeito ao fornecimento de informações e sensibilização dos magistrados sobre a gestão do orçamento previsto para a saúde, o que é uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, quais os principais programas de saúde existentes para dar acesso a tecnologias de saúde, o que é o plano operativo anual e o relatório de gestão.

Apesar da existência de 'estratégias implementadas' que promovem a capacitação e fóruns de discussão<sup>31, 32</sup> que poderiam exercer esse tipo de diálogo, não foram encontrados indícios de que isso realmente acontece.

Das propostas de estratégias especificamente direcionadas a órgãos ou instituições, chama a atenção a ausência de informações sobre a Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais (Rename) e o Formulário Terapêutico Nacional por meio dos conselhos de classe, pertencentes à área da saúde. Também foi verificado que há pouca divulgação de informações provenientes do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde e de legislações estaduais que versam sobre a prescrição de medicamentos em conformidade com as listas oficiais de medicamentos no âmbito do SUS <sup>33, 34</sup>, principalmente a Rename. Conseqüentemente, é provável que muitos profissionais de saúde desconheçam a existência destas listas de medicamentos.

Isso impossibilita a participação e o comprometimento destes profissionais de saúde para esclarecer questões técnicas sobre a seleção de medicamentos aos cidadãos e outros profissionais.

Se profissionais da saúde desconhecem a existência da Rename, situação semelhante pode estar ocorrendo em relação às recomendações, contidas nos enunciados aprovados pelo CNJ, para que os magistrados consultem as listas oficiais de medicamentos e de procedimentos do SUS durante o curso do processo judicial. O levantamento realizado pelo CNJ sobre os acórdãos que mencionam as listas de financiamento do SUS, mostrou que suas recomendações têm pouca aderência entre os magistrados, pois, somente, 3,4% do total dos acórdãos avaliados, fazem menção às listas oficiais de medicamentos <sup>9</sup>.

Não foram encontrados estudos sobre a assistência farmacêutica no Brasil com dados coletados após o ano de 2015, portanto, não se sabe se houve alterações significativas na gestão da assistência farmacêutica nos últimos cinco anos, apesar do avanço nos investimentos na qualificação dos serviços farmacêuticos municipais<sup>3</sup>. E, mesmo com a qualificação dos serviços farmacêuticos, aparentemente, elas pouco

impactaram no cenário da judicialização da assistência farmacêutica no Brasil, pois, a judicialização continua em ascensão<sup>9, 10</sup>.

### *Forças e limitações do estudo*

A análise temporal da evolução da assistência farmacêutica no SUS e da sua judicialização é essencial para monitorar e avaliar as ações executadas, melhorar ou modificar aquelas que se mostraram pouco eficientes e, planejar e implementar estratégias para preencherem lacunas ou falhas na assistência ao usuário.

Embora as 'propostas de estratégias' tivessem ajudado no direcionamento das buscas por 'estratégias implementadas', acredita-se que há várias estratégias que não foram identificadas, pois, as informações de interesse ao estudo muitas vezes foram encontradas somente após o escrutínio das páginas eletrônicas dos órgãos e instituições selecionadas. Além disso, a literatura cinzenta é um campo vasto e abrangente, fato que dificulta a montagem de uma estratégia de busca que seja capaz de mapear eficientemente qualquer assunto de interesse.

### **Considerações finais**

A maioria das 'propostas de estratégias' para melhorar o acesso e o uso racional de medicamentos encontraram eco nas 'estratégias implementadas' no Brasil, para abordar a judicialização da assistência farmacêutica.

No entanto, estratégias focadas na promoção e na melhoria do diálogo interinstitucional, na divulgação abrangente de informações sobre a assistência farmacêutica e, finalmente, na capacitação e qualificação dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica não foram encontradas.

A constatação de falhas persistentes na gestão da assistência farmacêutica, principalmente nos municípios, é um fato preocupante, pois, a desorganização institucional é um dos fatores que aumentam a judicialização da saúde.

Entende-se que há a necessidade de estudos com dados mais atualizados e de transparência pelas instituições públicas com a inserção dos dados referentes à gestão dos processos judiciais em suas páginas eletrônicas para facilitar o monitoramento e a avaliação dos serviços farmacêuticos.

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Vieira FS, Marques DC e Jeremias SA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luízia VL, Castilho SR, Oliveira MA e Jaramillo NM, (eds.). *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 469.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *QUALIFARSUS: Programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p.72.
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2011, p.186.
5. Santos-Pinto CDB. Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. *Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde*

*Pública Sergio Arouca*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2013, p. 278.

6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional /Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2004.

7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos e Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.44.

8. Vieira FS. Financiamento e gestão da assistência farmacêutica no sistema único de saúde: Uma análise sobre a garantia do direito à assistência terapêutica integral. *Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010, p. 296.

9. Instituto de Ensino e Pesquisa. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

10. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

11. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco, 2018. [acessado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.

12. Collucci C. Em uma década, judicialização da saúde pública e privada cresce 130%. São Paulo: Folha de São Paulo, 2019. [atualizado em: 20 mar 2019; acessado em 2019 jun 26]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/em-uma-decada-judicializacao-da-saude-publica-e-privada-cresce-130.shtml>.

13. Vieira FS, Lopes LC, Filho SB, Marques DC e Pepe VLE. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. [Pharmaceutical services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines]. *RAS*. 2010; 12: 8.
14. Yamauti SM. Estratégias implementadas em instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da saúde. *Programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas*. Sorocaba: Universidade de Sorocaba, 2020.
15. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF e Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44: 559-65.
16. Brasil, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão and Secretaria de Gestão. *Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA); Cadernos GESPÚBLICA – Documento de Referência*. Brasília: MP, GESPÚBLICA, SEGES, 2007, p.40.
17. Brasil, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e Secretaria de Gestão Pública. *Programa GESPÚBLICA: Modelo de Excelência em Gestão Pública*. Versão 1/2014 ed. Brasília: MP, SEGEP, 2014, p.33.
18. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51.
19. Controladoria-Geral da União. *Acesso à Informação Pública: Uma introdução à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011*. Brasília: Controladoria-Geral da União, UNESCO, 2011, p.25.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos e Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência*

*farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.*

21. Ferreira TJN, Magarinos-Torres R, Santos-Pinto CDB e Osorio-de-Castro CGS. Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. *Saúde em Debate*. 2019; 43: 668-84.

22. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

23. Costa EA, Araújo PS, Pereira MT, et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51.

24. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51.

25. Nora LCD, Costa KS, Araújo SQ e Tavares NUL. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019; 27: 278-86.

26. Portella APF, Mendes SJ, Araújo RQ, Gastaldo BC, Leite SN e Storpirtis S. Strategic situational planning and management of pharmaceutical services and supply: The experience of a municipality in the State of São Paulo with regard to optimizing spending on medicinal lawsuits. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2019; 55.

27. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

28. Chagas VO, Provin MP e Amaral RG. Administrative cases: an effective alternative to lawsuits in assuring access to medicines? *BMC public health*. 2019; 19.
29. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A e Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. *VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz*. 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília: Instituto Innovare, 2009.
30. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. *10ª edição do Prêmio Innovare*. 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília: Instituto Innovare, 2013.
31. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Diário Oficial do Estado, 2007.
32. Nantes LFL e Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Conselho Nacional de Saúde, (ed.). *Direito à saúde*. 1ª ed. Brasileiro: CONASS, 2015, p. 113.
33. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS nº 83, de 17 de agosto de 2015. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Paulo: Diário Oficial do Estado, 2015.
34. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016, alterado pelo Decreto nº 4090-S, de 31 de março de 2017. Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames e procedimentos de saúde e estabelece outras providências. Vitória: Diário Oficial do Estado, 2016.

**Apêndice 1.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*. 2007.

Item	Nº	Recomendação	Página
<b>Título e resumo</b>	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado.	1
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	2 e 3
<b>Introdução</b>			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.	4 e 5
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.	5
<b>Métodos</b>			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	5 e 6
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	Não aplicável
Participantes	6	Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	6
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.	Não aplicável
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.	6 a 8
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.	7
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.	7
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e por quê.	Não aplicável
Métodos estatísticos	12	Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.	Não aplicável
<b>Resultados</b>			
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo.	Não aplicável
Dados descritivos	14	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse.	8 a 12
Desfecho	15	Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	Não aplicável
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se	Não aplicável

		pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	Não aplicável
<b>Discussão</b>			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	13
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	17
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	13 a 17
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	17 e 18
<b>Outras Informações</b>			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.	1

**Apêndice 2.** Classificação da lista das estratégias implementadas por instituições públicas brasileiras para abordar a judicialização da assistência farmacêutica de acordo com os eixos geradores de propostas, proposta por Vieira et al. (2010)<sup>1</sup>.

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
1	Ribeirão Preto/SP	2002	Comissão de Análise de Solicitações Especiais <sup>2, 3</sup>	Fornecer parecer técnico relativo à solicitação de medicamentos e equipamentos junto ao Ministério Público Estadual (Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão de Ribeirão Preto) e ao Poder Judiciário de Ribeirão Preto/SP.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
2	Campo Grande/MS	2005	Coordenadoria de Ação Judicial <sup>4</sup>	Trabalhar no monitoramento, assessoramento e cumprimento das Ações Judiciais, além de agilizar e otimizar os atendimentos.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
3	Curitiba/PR	2005	Setor de Medicamentos por Demanda Judicial do CEMEPAR (fluxo de atendimento à determinação judicial para fornecimento de medicamentos) <sup>5-8</sup>	Garantir o acesso da população aos medicamentos dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Acompanhar e auxiliar o cumprimento das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica no Estado. Gerenciar os medicamentos demandados judicialmente.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
4	São Paulo/SP	2005	Sistema de controle jurídico (SCJ) <sup>9, 10</sup>	Concentrar os dados relevantes de todas as ações ajuizadas (nome do paciente, dados pessoais, doença, medicamentos e produtos solicitados, dados do processo, do advogado, do médico e do serviço de saúde).	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
5	Vitória/ES	2006	Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) <sup>11, 12</sup>	Atualizar periodicamente o elenco de medicamentos da REMEME, participar da elaboração de protocolos clínicos para situações especiais não contempladas nos Protocolos do Ministério da Saúde e avaliar as solicitações de medicamentos não padronizados, originadas das farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais.	Gestão da assistência farmacêutica
6	Belo Horizonte/MG	2007	Núcleo de assessoria técnica da SES MG - NAT/SES-MG (Assessoria técnica) <sup>13, 14</sup>	Acompanhar, atender e analisar as ações judiciais apoiando a Assessoria Geral do Estado, além de atender demandas extraordinárias, conforme estabelecido pelo Secretário de Estado de Saúde.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
7	Curitiba/PR	2007	Plano operacional <sup>6, 7</sup>	Fornecer medicamentos em atendimento às determinações judiciais, cumprindo todas as exigências de cada processo de forma individualizada; adotar fluxo virtual para otimizar o tempo e os processos de trabalho realizados pelo Setor de Medicamentos por Demanda Judicial, melhorando substancialmente a comunicação entre todos os envolvidos.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
8	Rio de Janeiro/RJ	2007	Central de atendimento à demanda judicial (CADJ) (Central Única ou Central de Mandados) <sup>15, 16</sup>	Receber as intimações referentes à defensoria pública e ao ministério público nas ações de saúde, dar cumprimento as decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordens judiciais, para evitar a utilização da dispensa de licitação por emergência para a aquisição desses itens e agilizar a prestação de serviço dos casos judicializados.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
9	São Paulo/SP	2007	Relatório Técnico CODES <sup>9, 10, 17</sup>	Relatório técnico que explica em linguagem de fácil compreensão a moléstia que acomete o litigante, a pertinência da terapia medicamentosa que está sendo reclamada e as opções ou alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
10	São Paulo/SP	2007	Triagem Farmacêutica <sup>10, 18</sup>	Reduzir as ações em trâmite na Justiça por meio de um mecanismo de solução de conflito extrajudicial.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
11	Vitória/ES	2007	Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES) <sup>11, 12, 19</sup>	Conduzir a implementação da Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo, objetivando a garantia do seu propósito maior de prover o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando para promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus cidadãos.	Gestão da assistência farmacêutica
12	Vitória/ES	2007	Centros de Referência (Auditoria clínica) <sup>11, 12</sup>	Implantar um sistema de regulação da prescrição e promoção do uso racional de medicamentos fornecidos pelas Farmácias Estaduais de Medicamentos Excepcionais.	Gestão da assistência farmacêutica
13	Vitória/ES	2007	Projeto Farmácia Cidadã <sup>5, 11</sup>	Ampliar o acesso aos medicamentos e de aprimorar a qualidade dos serviços ofertados aos cidadãos de medicamentos de alto custo do estado, pois, as condições das farmácias antigas eram deficientes.	Gestão da assistência farmacêutica
14	Vitória/ES	2007	Núcleo de Mandados Judiciais (2017) <sup>11</sup>	Atender as demandas judiciais, assim como orientar e fornecer subsídios ao Ministério Público, Promotoria, Procuradoria e Poder Judiciário sobre questões relacionadas a medicamentos	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
15	Rio de Janeiro	2008	Sistema de pedido administrativo (realizado no CADJ) <sup>16, 20, 21</sup>	Tentativa da resolução das demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do Município ou do componente especializado (Estado).	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
16	São Paulo/SP	2008	Núcleo de Inteligência <sup>22</sup>	Mapear todas as ações e estudar os autores envolvidos nesse intrincado fenômeno chamado judicialização, por meio de um software. A finalidade da ação conjunta é agregar valor às informações até então colhidas e identificar o motivo dessa crescente demanda que assolava o Estado.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
17	São Paulo/SP	2008	PJ 8 - 8ª Subprocuradoria, da Procuradoria Judicial, da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo <sup>9, 10, 23</sup>	Aprimorar a atuação da PGE junto ao Superior Tribunal de Justiça e ao Supremo Tribunal Federal.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
18	Belo Horizonte/ MG	2009	Ação Sentenças Judiciais via Fundo Estadual de Saúde (FES MG) <sup>14, 24</sup>	Rubrica própria para o atendimento a "sentenças" judiciais.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
19	Brasília/DF	2009	Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica (Hórus) <sup>25, 26</sup>	Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a ampliação do acesso aos medicamentos e a qualificação da atenção à saúde prestada à população.	Gestão da assistência farmacêutica
20	Mauá/SP	2009	Setor de Ação Judicial da Assistência Farmacêutica <sup>27</sup>	Planejamento e reorganização das ações.	Gestão da assistência farmacêutica
21	Natal/RN	2009	Comitê Interinstitucional de Resoluções Administrativas de Demandas da Saúde (CIRADS) <sup>28-30</sup>	Atender ao cidadão através da efetivação das políticas públicas de saúde já existentes no Sistema Único de Saúde, promovendo a conciliação administrativa para evitar a judicialização desnecessária de ações de saúde ou promover a conciliação em ações já ajuizadas e em que há a possibilidade de atendimento do pleito pelo Poder Público, bem como procurar soluções gerais para questões de saúde, a fim de beneficiar os assistidos pelo SUS.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
22	Porto Alegre/RS	2009	Ação de planejamento sistêmico com foco na saúde <sup>31, 32</sup>	Facilitar o acesso ao sistema de saúde e garantir efetividade a esse direito, através de soluções extrajudiciais.	Gestão da assistência farmacêutica
23	Rio de Janeiro/RJ	2009	Núcleo de assessoria técnica em ações de saúde (NAT) <sup>16, 20, 33, 34</sup>	Auxiliar os magistrados na tomada de decisões acerca do tema; fornecer subsídios técnicos a magistrados e defensores públicos nas ações judiciais que tenham por objetivo, compelir o Estado do Rio de Janeiro ao fornecimento de insumos, medicamentos ou tratamentos médicos.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
24	São Paulo/SP	2009	Atendimento administrativo <sup>10, 23, 35, 36</sup>	Uniformizar o recebimento, pela SES, de pedidos administrativos de medicamentos não padronizados pelo Sistema Único de Saúde.	Gestão da assistência farmacêutica
25	Três Rios/RJ	2009	Núcleo de Apoio à Procuradoria Adjunta de Suporte à Saúde (Napass) (Câmara Técnica) <sup>37, 38</sup>	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.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
26	Porto Alegre/RS	2010	Comitê Executivo Estadual da Saúde <sup>31, 32</sup>	Reduzir, de forma expressiva, os números de ações que pleiteiam insumos ou serviços de saúde, pois o atendimento ao paciente no seu direito à saúde deve-se dar de forma menos gravosa aos entes públicos, tão carentes de recursos e com constante ampliação de demandas institucionais.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
27	São Paulo/SP	2010	Sistema CODES (S-CODES) <sup>17, 39</sup>	Controle e gerenciamento das demandas judiciais.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
28	Araguaína /TO	2011	Resolução administrativa de conflitos <sup>40, 41</sup>	Dar voz aos cidadãos do Sistema Único de Saúde, acolhendo suas manifestações, fornecendo respostas individualizadas que possam atender às necessidades pontuadas, e desta forma, busca ainda contribuir com informações que possam subsidiar a gestão no processo de contínua melhoria da assistência à saúde em	Gestão da assistência farmacêutica

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
				<p>Araguaína.</p> <p>Evitar a judicialização e subsidiar os magistrados nas decisões sobre as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.</p> <p>Incentivar, educar e conscientizar o cidadão, agregando efeitos pedagógicos, no sentido de acessar diretamente o sistema de saúde gerido pelo Poder Executivo local, já que os serviços estão disponíveis. Em contrapartida, exigir do gestor saúde, a implementação e a execução com eficiência das Políticas Públicas previstas para a saúde.</p>	
29	Araguaína/TO	2011	Núcleo de apoio técnico municipal de Araguaína (NAT Municipal) <sup>40-43</sup>	<p>Atuar como meio de solução administrativa estimulando o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Sociedade Civil (cidadãos), prevenindo e evitando a judicialização das demandas sobre assistência à saúde, é também, uma ferramenta de apoio ao Judiciário para emitir decisões, no sentido de construir pareceres técnicos quanto ao direito sanitário e as políticas públicas que envolvem o direito a saúde pública.</p>	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
30	Belo Horizonte/MG	2011	Cooperação técnica Núcleo da Defensoria especializada da saúde <sup>14, 44, 45</sup>	<p>Atuar de forma consistente o atendimento das demandas de concessão de medicamentos, procedimentos e insumos médicos e de saúde, em face do SUS, priorizando-se a solução administrativa por meio de equipe multidisciplinar, diminuir o número de demandas judiciais, e promover a integração entre as entidades e evitar demandas judiciais que envolvam prestações de saúde</p>	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
31	Brasília/DF	2011	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (Conitec) <sup>46</sup>	<p>Fornecer esclarecimentos aos Procuradores dos Ministérios Públicos, ainda na fase de inquérito civil, acerca da disponibilização de tecnologias em saúde pelo SUS, o que por vezes pode evitar o ajuizamento de novas ações judiciais.</p> <p>Fornecer subsídios técnicos à AGU para a defesa da União em ações judiciais.</p> <p>Fornecer subsídios técnicos aos Juizes para que possam dispor de informações que lhes permitam tomar decisões em pedidos de concessão de liminares em ações judiciais.</p>	Gestão da assistência farmacêutica
32	Brasília/DF	2011	Núcleo de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal <sup>47</sup>	<p>Melhorar a prestação de serviço ao indivíduo que requer atendimento pelo SUS e que ainda não recorreu ao Poder Judiciário</p>	Gestão da assistência farmacêutica
33	Campo Grande/MS	2011	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus 2016) <sup>48</sup>	<p>Assessorar o Poder Judiciário Estadual, com informações técnicas, nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos, exames, internações e demais tratamentos em face do Sistema Único de Saúde.</p>	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
34	Curitiba/PR	2011	Comitê Executivo de Saúde do Paraná <sup>6</sup>	<p>Subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.</p>	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
35	Recife/PE	2011	Núcleo de Assistência Técnica em Saúde (NAT-JUS) de Pernambuco <sup>49</sup>	Promover a elucidação das demandas oriundas de processos judiciais que envolvem questões de saúde pública, funcionando como uma ferramenta de apoio aos magistrados, para permitir maior esclarecimento a respeito do tema.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
36	São Luís/MA	2011	Comitê Executivo do Estado do Maranhão <sup>50, 51</sup>	Monitorar as demandas de saúde no Estado do Maranhão e pela proposição de medidas concretas e normativas de subsídio aos magistrados.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
37	Belo Horizonte/ MG	2012	Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital das Clínicas <sup>52</sup>	Fornecer análises críticas sobre novas tecnologias e processos, seu valor clínico e suas possibilidades de incorporação na prática clínica, além de promover a prática em saúde baseada em evidências, por meio de núcleos de estudos, prática e disseminação do conhecimento, assim como a cultura dos ciclos de melhoria pelo aprendizado e liderança compartilhados.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
38	Belo Horizonte/ MG	2012	Mediação sanitária <sup>53</sup>	Discutir os diversos problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, de modo a permitir uma interação democrática entre os participantes. Apoiar os Promotores de Justiça com atuação na defesa da saúde e outros atores na resolução das complexas demandas em saúde, com ênfase na adoção de medidas preventivas de alcance coletivo, buscando construir soluções por meio de consenso e substituindo, quando possível, a judicialização da política de saúde.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
39	João Pessoa/PB	2012	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>48</sup>	Subsidiar o Poder Judiciário Estadual com informações técnicas nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos, órtese e prótese, exames, internações e tratamentos clínicos ou cirúrgicos do SUS.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
40	Lages/SC	2012	Núcleo de Conciliação de Demandas em Saúde <sup>40, 54-56</sup>	Central de conciliação pré-processual é um modelo de solução de conflitos que objetiva proporcionar uma alternativa à judicialização de demandas em saúde, para atender com efetividade e eficácia as solicitações de medicamentos, bem como, exames, procedimentos e/ou tratamentos cirúrgicos, insumos e outros pelos cidadãos do SUS ainda não judicializadas.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
41	Natal/RN	2012	SUS Mediado Natal <sup>57-61</sup>	Garantir maior efetividade às políticas públicas de saúde no Estado do Rio Grande do Norte, evitar demandas judiciais e assegurar o acesso aos cidadãos hipossuficientes do SUS a medicamentos e procedimentos médicos de responsabilidade do Estado do Rio Grande do Norte, previstos perante o Sistema Único de Saúde.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
42	Palmas/TO	2012	Comitê Executivo para Monitoramento das Ações de Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS-TO) <sup>42, 43, 62</sup>	Coordenar e executar ações de naturezas específicas, consideradas relevantes no âmbito dos serviços de cuidados e atenção à saúde, e propiciar o amplo e aberto diálogo em prol da composição prévia para a solução das demandas individualizadas e coletivas, com o propósito de evitar a judicialização. Monitorar as ações judiciais que envolvem a prestação de assistência à saúde, tais como, o fornecimento de	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
				medicamentos e de produtos, exames, intervenções cirúrgicas, disponibilização de leitos de UTI etc.	
43	Porto Alegre/RS	2012	Utilização do sistema AME <sup>32, 63</sup>	Registrar todas as entregas de medicamentos deferidas por ordens judiciais.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
44	Porto Alegre/RS	2012	Departamento Médico Judiciário (DMJ) <sup>64</sup>	Proceder exames e elaborar pareceres técnicos destinados a instruir processos judiciais e administrativos.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
45	Rio de Janeiro/RJ	2012	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) <sup>16, 20, 57, 65</sup>	Promover o atendimento de partes assistidas pela DPGE e pela DPU e que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico ou clínico, internação ou exame médico.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
46	Salvador/BA	2012	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) (2017) <sup>66-68</sup>	Atribuição exclusiva de prestar informações especializadas em Saúde Baseada em Evidências aos magistrados, visando a subsidiá-los na tomada de decisões que envolvam a pertinência clínica e contratual ou de política pública, conforme o caso, de medicamentos, produtos, insumos terapêuticos, procedimentos cirúrgicos e nos exames diagnósticos, internações ou afins, relativos ao setor público (SUS) ou à saúde suplementar (seguros ou planos de saúde).	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
47	São Paulo/SP	2012	Comissão de Farmacologia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo <sup>35, 36, 69</sup>	Assessorar o Titular da Pasta na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos.	Gestão da assistência farmacêutica
48	São Paulo/SP	2012	Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública (JEFAZ) <sup>23, 70</sup>	Fazer uma análise prévia do processo, por técnicos da SES-SP junto às varas dos juizados especiais da Fazenda Pública, a fim de identificar outros meios para o paciente, que não seja a judicialização, diminuir as ações judiciais desnecessárias, o incremento no uso racional de medicamentos com maior segurança e efetividade e reinserir o paciente no SUS, o quanto possível.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
49	Brasília/DF	2013	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) <sup>40, 57, 60, 71</sup>	Buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite e fortalecer os mecanismos extrajudiciais de efetivação do direito à saúde.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
50	Franca/SP	2013	Transferência de cidadãos da farmácia de atendimento judicial para farmácias de medicamentos especializados da Assistência Farmacêutica <sup>72</sup>	Demonstrar os benefícios do atendimento de pacientes através das Farmácias de Medicamentos Especializados da Assistência Farmacêutica em detrimento da via judicial. Promover uso racional de medicamentos através do fornecimento deles com orientação, segurança e eficácia terapêutica além de reduzir os gastos com judicialização.	Gestão da assistência farmacêutica

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
51	Maceió/AL	2013	Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS) <sup>73, 74</sup>	<p>Assistir aos secretários de Estado da Saúde e Municipal de Saúde de Maceió, respectivamente, nas análises pertinentes aos processos judiciais que digam respeito estritamente ao fornecimento de serviço área de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em Alagoas.</p> <p>Promover estudos, análises, seminários e outros eventos relativos à tramitação e/ou tramitação de processos judiciais, na área da Saúde, em Alagoas.</p> <p>Assistir a Defensoria Pública da União e/ou do Estado de Alagoas, quando requisitado, bem como, ao Poder Judiciário Federal e Estadual, respectivamente, no tocante aos processos referentes a assuntos da área da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em Alagoas.</p> <p>Cooperar com as áreas técnicas das mencionadas secretarias, estritamente no que diz respeito a demandas judiciais referentes à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em Alagoas.</p>	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
52	Palmas/TO	2013	NAT Estadual (NAT-Jus Estadual -TO) <sup>42, 43, 75</sup>	Disponibilizar subsídios técnicos aos Magistrados Tocantinenses nas demandas de saúde pública que tenham por finalidade ações e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, no sentido de aprimorar os conhecimentos técnicos dos Magistrados, e, dessa forma, dar mais segurança na tomada de decisões, por intermédio de intercâmbio de informações institucionais.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
53	Rio de Janeiro/RJ	2013	Sistema Câmara de Saúde <sup>16</sup>	Serve de ferramenta de auxílio à gestão.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
54	Belém/PA	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde (CIRADS) <sup>76</sup>	<p>Analisar os casos concretos em que o indivíduo, assistido ou não pelo Sistema Único de Saúde, alegue não ter recebido o devido atendimento, a fim de identificar as causas do problema e encaminhar soluções, para ciência e confirmação dos termos apresentados.</p> <p>Atuar no atendimento administrativo do pleito, evitando a sua judicialização, assim como nos tratamentos de saúde (fornecimento de medicamentos, insumos, materiais e serviços de saúde) previstos nas competências do SUS e não tenha sido prestado, bem como naquelas hipóteses em que, por algum motivo, o médico indicou tratamento diverso dos que são oferecidos pelo SUS.</p>	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
55	Belo Horizonte/ MG	2014	Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) <sup>24, 53, 77</sup>	<p>Propor e implementar métodos e rotinas de trabalho que agilizem a execução das demandas de sua área de atuação.</p> <p>Promover ações para garantir o cumprimento de decisão judicial que determinem o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos médicos e/ou hospitalares.</p>	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
				Executar, dentro de sua esfera de atribuições, outros encargos que lhe forem atribuídos.	
56	Recife/PE	2014	Núcleo de Ações Judiciais (NAJ) <sup>49</sup>	Agilizar o cumprimento dos mandados judiciais e respostas aos requerimentos administrativos na área da Saúde visando atender de forma ágil aos pacientes que buscam, por meio da Justiça, acesso a medicamentos, insumos e equipamentos, internações, próteses e órteses, além de outros tratamentos da rede pública.	Gestão da assistência farmacêutica/Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
57	Uberlândia/MG	2014	Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Uberlândia/MG (CIRDS) <sup>78</sup>	Manifestar-se previamente, ou seja, antes da fase judicial, sobre os pedidos referentes ao fornecimento de medicamentos, tendo por objetivo a resolução extrajudicial nos termos das diretrizes do SUS.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
58	Cantagalo/RJ	2015	Atendimento extrajudicial na Saúde Pública <sup>79</sup>	Atender a população que busca acesso aos serviços de saúde pública no Município de Cantagalo/RJ.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
59	Curitiba/PR	2015	Procuradoria de saúde paranaense <sup>6, 80</sup>	Atuar na defesa do ente público em todas as demandas envolvendo o direito à saúde nos feitos ajuizados em Curitiba, fossem eles movidos na Justiça Estadual ou Federal.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
60	Macapá/AP	2015	Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (NOAT) <sup>81</sup>	Dar solução em demandas de saúde e evitar processos judiciais, além de fornecer canais que possibilitam um contato fácil e ágil, mesmo daqueles que residem em lugares com pouco acesso à informação.	Gestão da assistência farmacêutica
61	Maceió/AL	2015	Subunidade de Licitações, Contratos e Convênios da Procuradoria Geral do Estado (PGE) <sup>82</sup>	Reduzir o tempo de resposta para o cumprimento das ações judiciais.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
62	São Luís/PA	2015	Portal de Atenção à Saúde (PAS) <sup>83, 84</sup>	Evitar a judicialização e buscar soluções administrativas, no que diz respeito ao acesso a medicamentos, exames, internações, tratamentos e transferências hospitalares, utilizando mediação, conciliação e informação.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
63	Vitória/ES	2015	Projeto Gestão Estratégica da Judicialização <sup>85</sup>	Estruturar o serviço de demandas judiciais da SESA, para sistematizar a prática e gerar ações estratégicas de enfrentamento das demandas justificáveis e injustificáveis, com o fortalecimento da interlocução com os operadores do Direito e os atores externos da sociedade que demandam de diversas maneiras a Secretaria de Estado da Saúde sobre as questões da Judicialização.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
64	Fortaleza/CE	2016	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) <sup>86, 87</sup>	Atender às solicitações de esclarecimentos em ações judiciais que envolvam prestação de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
65	Macapá/AP	2016	Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS) <sup>88, 89</sup>	Oferecer embasamento especializado multidisciplinar aos magistrados em decisões que envolvam casos relacionados à saúde pública ou particular e diminuir a judicialização.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
66	Maceió/AL	2016	Câmara Técnica de Saúde (CTS) <sup>90</sup>	Fornecer informações especializadas, sem caráter vinculativo, visando subsidiar os magistrados em suas decisões que envolvam a pertinência técnica ou contratual de benefícios, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, internações ou afins, relativo ao setor SUS ou à saúde suplementar.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
67	Natal/RN	2016	NAT-Jus Rio Grande do Norte <sup>91</sup>	Responsável pela elaboração de documentos técnicos e especializados, na área da saúde, para auxiliar magistrados na formação de um juízo de valor, por ocasião da apreciação de questões clínicas apresentadas nas ações judiciais, envolvendo a assistência à saúde pública, na forma da Recomendação n.º 31/2010 e Resolução n.º 238/2016, ambas do Conselho Nacional de Justiça.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
68	Palmas/TO	2016	Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus) de Palmas <sup>43</sup>	Reduzir o gasto irracional dos recursos públicos decorrentes da judicialização, comprometido com a melhoria da qualidade da prestação de serviços públicos de saúde no município de Palmas, com vistas à sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, e garantir maior celeridade e desburocratização ao serviço público, proporcionando maior eficiência do serviço prestado ao cidadão.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário
69	São Paulo/SP	2016	Serviços de triagem e orientação farmacêutica e nutricional (Acessa SUS) <sup>92-94</sup>	Diminuir as ações judiciais desnecessárias e fornecer informações sobre alternativas de remédios e tratamentos já existentes na rede pública, por meio do atendimento direto à população e das demandas provenientes do Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário estaduais.	Gestão da assistência farmacêutica/Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
70	Vitória/ES	2016	Procedimento Extrajudicial de Saúde (Sistema PES) <sup>95</sup>	Resolução de forma administrativa sem a necessidade de dar prosseguimento para a judicialização.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
71	Belém/PA	2017	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS Pará) <sup>76</sup>	Organizar e promover o atendimento das demandas judiciais relativas à saúde pública no âmbito do Estado de Pará e prestar apoio técnico aos magistrados de primeira e segunda instâncias nas demandas que envolvam direito à saúde pública.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário/Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
72	Brasília/DF	2017	Cadastro nacional de pareceres, notas e informações técnicas (e-NAT-Jus) <sup>96</sup>	Subsidiar os magistrados de todo o País em ações judiciais na área da saúde e evitar o conflito de opiniões entre diferentes NATS, por meio de uma ferramenta com evidências técnicas e científicas.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Judiciário

n	Município /Estado	Ano de implantação	Nome da estratégia	Objetivos	Eixo gerador de proposta (Vieira et al.)
73	Campo Grande/MS	2017	Comitê Estadual do Fórum do Judiciário para a Saúde <sup>4, 97</sup>	Aconselhar e sugerir aos Entes Federativos, Magistrados, classe médica e demais operadores do direito envolvidos com saúde pública, medidas que visem amenizar o problema da judicialização da saúde, além de estreitar laços com as principais esferas políticas, por meio de política judiciária voltada ao gerenciamento da área da saúde.	Comunicação entre os Secretários da Saúde e o sistema jurídico
74	Palmas/TO	2017	Núcleo de Demandas Judiciais <sup>42</sup>	Setor exclusivo para o trâmite administrativo para dar cumprimentos às demandas judiciais recebidas pela SES	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
75	Campo Grande/MS	2018	Cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica <sup>97, 98</sup>	Cumprir a liminar ou sentença mediante depósito judicial do valor necessário para que o paciente adquira diretamente o produto, pelo período até 180 (cento e oitenta) dias.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo
76	Vitória/ES	2018	Portal Eletrônico de Intimação Judicial <sup>99, 100</sup>	Dar mais agilidade ao cumprimento das ações judiciais, centralizando e padronizando o recebimento das intimações na SESA.	Gerenciamento de demandas judiciais no Poder Executivo

## Referências do apêndice 2

1. Vieira FS, Lopes LC, Filho SB, Marques DC and Pepe VLE. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. [Pharmaceutical services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines]. *RAS*. 2010; 12: 8.
2. Perin IG, Tassinari MTR, Santos MG, Santos IES, Larogian APA, Teixeira VM, et al. Desafios e avanços da comissão de análise de solicitações especiais visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Teatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
3. Boldrin PHM. A efetividade da Comissão de Análise de Solicitações Especiais da judicialização das políticas de saúde referentes às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
4. Nantes LFL, Dobashi BF. A experiência da secretaria estadual de saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
5. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2013;ano I(1):82.
6. Pontarolli DRS, Silva GRPP, Strapasson GC. O enfrentamento das demandas judiciais por medicamentos na secretaria de Estado da saúde do Paraná. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
7. Bahia GOM, Lamb L, Nicoletti RHA, Cataneli RCB, Luiz VR. A política de medicamentos no Estado do Paraná. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório final do I encontro do CONASS para troca de experiências. CONASS Documenta. Brasília: CONASS; 2005. p. 140.
8. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência Farmacêutica. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008.
9. Sanchez LA, Santos LN, Gomes RAC, Chieffi AL, Souza CZB, Camargo CR, *et al.* Uma parceria inovadora para fazer frente ao fenômeno da “judicialização das políticas públicas de saúde”: a otimização da gestão pública. In: Unidade de Desenvolvimento e Melhoria das Organizações. Prêmio Mario Covas, 5ª edição, ciclo 2008; Teatro Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão; 2008.
10. Yoshinaga JY. Judicialização do direito à saúde: a experiência do estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. Salvador: Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado; 2011 [citado em 2019 abril 6]. [Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/24>].
11. Tavares GRP, Silva DM, Barcelos PC, Ribeiro C, Moreira GL. Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de Estado da saúde do Espírito Santo. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. III Congresso CONSAD de Gestão Pública; 15 a 17 de março de 2010. Centro de Convenções Ulisses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2010. p. 31.
12. Tavares GRP, Silva DM, Bernardos A. Sistema de regulação da dispensação de medicamentos excepcionais. In: Administração Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Congresso CONSAD de Gestão Pública; 6 a 8 de maio de 2009. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Brasília: CONSAD; 2009. p. 24.
13. Pereira LR, Carneiro R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES-MG). V Encontro da Divisão de Administração Pública/APB da ANPAD - EnAPG; 18 a 20 de novembro de

2012, Salvador/BA. Maringá: Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração; 2012.

14. Pereira LR. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2012.

15. Junior PBR. A judicialização do acesso a medicamentos: A perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2008.

16. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS – 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.

17. Naffah-Filho M, Chieffi AL, Correa MCMMA. S-CODES: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. 2010;7(84):12.

18. Casal VAS, Motta LJ, Carvalho A, Maximiano VAZ. Obtenção de medicamentos extrajudicialmente. VI Prêmio Innovare: Justiça Rápida e Eficaz; 17 de dezembro de 2009. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2009.

19. Governo do Estado do Espírito Santo. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007: Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Vitória: Gabinete do governador; 2007. p. 5.

20. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.

21. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

22. Ungaro G. O combate às fraudes judiciais em ações para fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. VIII edição do Prêmio Innovare; 15 de dezembro de 2011. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro; 2011.

23. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2017;6(1):19.

24. Simões FHS. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

25. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública. 2012;46:91-9.

26. Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica. Sistema Hórus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/sistema-horus/sobre-o-sistema>.

27. Garofalo G, Baseio C, Campos L, Alonso MS. Atenção farmacêutica na diminuição da prescrição e do uso irracional de medicamentos na judicialização do SUS. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2011/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 102.

28. Queiroz CC. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.

29. Pinheiro TP. Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS). VII edição do Prêmio Innovare: Justiça sem burocracia e acesso do preso à Justiça; 3 de dezembro de 2010. Tribunal Federal de Justiça, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2010.
30. Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte. CIRADS. Brasília: Advocacia-Geral da União; 2009 [atualizado em 2013; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/97046](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/97046).
31. Schulze M. A desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul: cabal redução do número das ações ativas e estratégia de interiorização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
32. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.
33. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2012.
34. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
35. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Comissão de Farmacologia. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>.
36. Toma TS, Soares AC, Bortoli MC, Pirota KCM, Venâncio SI, Derbli M, *et al.* Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 344 p.
37. Bandeira LM, Bandeira RC, Costa CA, Santos JBFMS, Silva HA, Furtado EAV. 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. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas>.
38. Costa CA. Gestão de pessoal e educação permanente em saúde pública como viés para redução do ativismo judicial. Rio de Janeiro: IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/banco-de-praticas/busca-avancada>.
39. Siqueira PSF, Martins MA, Domingues R. S-CODES: Sistema informatizado para o trato da judicialização. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
40. Asensi FD, Pinheiro R (Coord.). Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.
41. Henrique MC, Brito JOB, Mel MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína/TO. Cad IberAmer Direito Sanit. 2013;2(2):19.
42. Farias DR. Judicialização da saúde: aspectos processuais e institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2016.
43. CEMAS. Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins – CEMAS. Palmas: Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjto.jus.br/saude/>.

44. Reis BB. Defensoria especializada da saúde. In: Associação Nacional de Defensores Públicos. Concurso de práticas exitosas 2011 X Congresso Nacional de Defensores Públicos; 15 a 18 de novembro, Centro de Convenções de Natal/RN. Brasília: ANADEP; 2011. p. 16.
45. Secretaria Estadual de Saúde. SES-MG e Defensoria Pública estabelecem parceria pioneira para agilizar assistência farmacêutica no Norte de Minas. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais; 2016 [atualizado em 2016; citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.crfmg.org.br/site/Noticias/SES-MG-e-Defensoria-Publica-estabelecem-parceria-pioneira-para-agilizar-assistencia-farmaceutica-no-Norte-de-Minas>.
46. Simabuku EMG, Catanheide ID, Biella CA, Rabelo RB, Santos VCC, Petramale CA. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Supl. 4):18.
47. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
48. Costa IC. Judicialização da saúde e a Câmara Técnica de Saúde no tribunal de justiça da Paraíba. Guabira: Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
49. Barros LD. Judicialização do direito à saúde: uma análise acerca do fornecimento judicial de medicamentos no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
50. Diniz IM. Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
51. Tribunal de Justiça do Maranhão. Portaria-GP nº 683/2018. Dispõe sobre a composição da Comissão do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. São Luís: Tribunal de Justiça do Maranhão; 2018. p. 1.
52. Duarte VG. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
53. Assis G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
54. Orsatto SD. Núcleo de conciliação de demandas em saúde. XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
55. Prefeitura Municipal de Lages. Núcleo de Medicamentos. Município e Tribunal de Justiça firmarão convênio. Lages: Prefeitura de Lages; 2015 [atualizado em 23/03/2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.lages.sc.gov.br/noticia/5800/municipio-e-tribunal-de-justica-firmarao-convenio/>.
56. Vasconcellos J. Núcleo de conciliação de Lages/SC soluciona 90% dos conflitos na saúde. Brasília: CNJ; 2015 [atualizado em 08/05/2015; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://cni.jus.br/noticias/cnj/79305-nucleo-de-conciliacao-de-lages-sc-soluciona-90-dos-conflitos-na-saude>.
57. Sant'Ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017.
58. Júnior LMRR. A mediação como instrumento de efetivação do direito à saúde: análise dos relatórios de atendimentos realizados pelo programa "SUS Mediado", no ano de 2014. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2017.

59. Ringeisen ATS. Mediação de conflitos no sistema único de saúde: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
60. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS Mediado (RN). Brasília: Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília; 2017.
61. Imprensa da DPE/RN. SUS Mediado registra 26% de resolatividade em 2018 e celebra retorno da Secretaria Municipal de Saúde. Natal: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/sus-mediado-registra-26-de-resolutividade-em-2018-e-celebra-retorno-da-secretaria-municipal>.
62. Farias DR, Silva MVC, Santos ASS, Perez KN. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no Tocantins para a minimização da judicialização da saúde. Revista ESMAT. 2016;8(11):27.
63. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A Defensoria. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>.
64. Departamento de Informática. Departamento Médico Judiciário Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/estrutura-do-judiciario/tribunal-de-justica/setores/departamento-medico-judiciario/>.
65. Tavares LLG, Grynberg C, Mascarenhas R, Palheiro PHDM, Filho HGG, Saraiva MLLB. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). XI edição do Prêmio Innovare; 16 de dezembro de 2014. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2014.
66. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. NAT JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjba.jus.br/natjus/>.
67. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Decreto judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça. Salvador: Diário da justiça eletrônico; 2017.
68. Ascom do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Núcleo de apoio técnico do judiciário: NAT-JUS reúne-se na assessoria especial da presidência. Salvador: Tribunal de Justiça do Estado da Bahia; 2018 [atualizado em 28/06/2018; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>.
69. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2012. p. 15.
70. Triagem farmacêutica no juizado especial da fazenda pública de São Paulo. 10ª edição do Prêmio Innovare; 28 de novembro de 2013. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2013.
71. Paim P, Marqueto A, Lopes IO. Câmara permanente distrital de mediação em saúde: experiência do Distrito Federal. In: Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde: para entender a gestão do SUS - 2015. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. p. 113.
72. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016;Ano IV(4):192.

73. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Souza WAR, Rita LPS. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima-UFRR*. 2015;5(2):25.
74. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Portaria nº 110, de 2 de maio de 2013. Institui o Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde (NIJUS). Maceió: Diário Oficial do Estado de Alagoas; 2013. p. 1.
75. Henrique MC, Mendonça MRL, Braga EA. NatJus e desjudicialização da saúde. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
76. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Comitê Executivo de Saúde. Belém: Tribunal de Justiça do Estado do Pará; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Executivo-de-Saude/330244-Normativos-NAT-Jus.xhtml>.
77. Araújo AFS. Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit*. 2014;3(2):7.
78. Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
79. Galliez MS. Atuação extrajudicial na Saúde Pública: garantia de acesso e qualidade aos serviços. XII edição do Prêmio Innovare; 1º de dezembro de 2015. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2015.
80. Faglioni AF, Castelo FA. A especialização das procuradorias dos estados nas questões relativas ao direito à saúde como instrumento eficaz na defesa dos entes estaduais: a experiência da PGE/PR. In: Santos AO, Lopes LT (Org.). *Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Coletânea Direito à Saúde. Volume 3. 1ª ed.* Brasília: CONASS; 2018. p. 292.
81. Secretaria da Saúde do Estado do Amapá. Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico. Macapá: Secretaria da Saúde do Estado do Amapá; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/cidadao/nucleo-de-ouvidoria-e-apoio-tecnico>.
82. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. Núcleo de Saúde da PGE facilita respostas para o Judiciário sobre as demandas dos alagoanos. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas; 2015.
83. Nunes HEN. A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão. São Luís: Universidade CEUMA; 2016.
84. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão. Governo, Prefeitura e defensorias unem esforços para agilizar acesso à saúde. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão; 2015 [atualizado em 8 de junho de 2015 citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/governo-prefeitura-e-defensorias-unem-esforcos-para-agilizar-acesso-a-saude/>.
85. Oliveira R. Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo; 2018.
86. Mariano CM, Furtado ET, Albuquerque FB, Pereira FHLCS. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Revista de Investigações Constitucionais*. 2018:21.
87. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Direito à Saúde. Fortaleza: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará; 2017 [citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/saude/>.

88. Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. TJAP inaugura Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para demandas da saúde Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2016 [atualizado em 18 novembro 2016; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/5648-justica-do-amapa-inaugura-nucleo-de-apoio-tecnico-judic...>
89. Assessoria de Comunicação Social. NAT-JUS: Juízes do Amapá contam com corpo técnico especializado para emitir decisões sobre processos relativos à saúde. Macapá: Tribunal de Justiça do Estado do Amapá; 2017 [atualizado em 16 Mai 2017; citado em 2019 abril 2]. Disponível em: <http://www.tjap.jus.br/portal/publicacoes/noticias/6228-nat-jus-juizes-do-amapa-contam-com-corpo-tecnico-especializado-para-emitir-decisoes-sobre-processos-relativos-a-saude.html>.
90. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Maceió: Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas; 2016. p. 3.
91. Comitê Estadual das Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte. Comitê da Saúde do RN. Natal: Secretaria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte; 2016 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://comite.tjrn.jus.br/index.php>.
92. Ministério Público do Estado de São Paulo. Saúde Pública. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2019 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica).
93. Reis V. Mario Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mario-scheffer-fala-sobre-queda-da-judicializacao-do-sus-paulista/33433/>.
94. Núcleo de Comunicação Social. Notícia: lançado o programa "Acessa SUS", que facilita acesso da população a medicamentos. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo; 2017 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id\\_noticia=16584466&id\\_grupo=118](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=16584466&id_grupo=118).
95. Bittencourt FR. Sistema PES: Procedimento Extrajudicial de Saúde. 14ª edição do Prêmio Innovare; 5 de dezembro de 2017. Supremo Tribunal Federal, Brasília. Rio de Janeiro: Instituto Innovare; 2017. p. 2.
96. Secretaria-Geral e Departamento de Gestão Estratégica. Relatório Anual 2017. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2017.
97. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde. Núcleo de Apoio Técnico - NAT Jus. Campo Grande: Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul; 2013 [citado em 2019 abril 6]. Disponível em: <http://www.tjms.jus.br/nat/>.
98. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Resolução nº 009/SES/MS. Campo Grande, 22 de fevereiro de 2018. Regulamenta o cumprimento de determinações judiciais em saúde de pequeno valor nos termos que especifica. Campo Grande: Diário Oficial do Estado; 2018. p. 1.
99. Tribunal de justiça do Estado do Espírito Santo, Gabinete da presidência. Ato normativo conjunto Nº 44/2018. Dispõe, no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo, sobre a utilização do sistema de intimações eletrônicas da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES, denominado MJ Online (Mandado Judicial Online). Vitória: Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo; 2018. p. 3.
100. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde. Sesa lança Mandado Judicial On-line em parceria com o TJES Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 abril 3]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Noticia/sesa-lanca-mandado-judicial-on-line-em-parceria-com-o-tjes>.

## **5.5 Artigo 5 – Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol.**

### **Apresentação:**

Protocolo de revisão sistemática foi produzido como um requisito para boas práticas para a elaboração de revisões sistemáticas. A ideia desta revisão sistemática é encontrar evidências sobre a efetividade das estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde não só no Brasil, mas, também, em outros países. Pois, foi detectado que diversas instituições públicas implementaram várias estratégias que estão funcionando há mais de cinco anos, mas pouco se sabe se elas possuem efetividade.

Esta é a versão original do artigo “*Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol*”. A versão para publicação no *International prospective register of systematic reviews (Prospero)*, foi enviada em 30/11/2019 (**Anexo F**) e aguarda a aprovação e número de registro para envio à revista *Medicine*.

Ele foi formatado de acordo com as normas da revista publicada pela *Lippincott Williams & Wilkins*.

**Revista:** *MEDICINE*

**Versão online:** 1536-5964

**Fator de impacto calculado pelo *Journal Citation Reports (2018)*:** 1,870.

**Classificação Webqualis/Capes quadriênio 2013-2016:** B1

**Área:** Farmácia

**Obs:** Páginas eletrônicas acessadas em 27/04/2020.

***Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol***

Sueli Miyuki Yamauti, PhD Student, Jorge Otávio Maia Barreto, PhD, Silvio Barberato-Filho, PhD, Luciane Cruz Lopes, PhD\*

**Authors and affiliations**

Sueli Miyuki Yamauti, PhD student, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Sorocaba, Sorocaba, SP, Brazil.

Dr. Jorge Otávio Maia Barreto, PhD researcher, Oswaldo Cruz Foundation, Fiocruz, Brasília, DF, Brazil.

Prof. Silvio Barberato-Filho, PhD professor, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Sorocaba, Sorocaba, SP, Brazil.

Prof. Luciane Cruz Lopes, PhD professor, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Sorocaba, Sorocaba, SP, Brazil.

**\*Corresponding Author:**

Luciane Cruz Lopes  
University of Sorocaba - UNISO  
Rodovia Raposo Tavares, km 92.5, 18023-000  
Sorocaba - SP, Brazil  
[luciane.lopes@prof.uniso.br](mailto:luciane.lopes@prof.uniso.br)

## ABSTRACT

**Background:** The judicialization of health care can be understood as a societal response to pressing health care needs, that probably are not being adequately addressed by the current health care system. This judicialization increases the strain on service resources, in the health care area as well as in the judiciary system and generates the need for institutional reorganization to manage these judicial actions. It is believed that each institution has developed strategies for coping with the problem in isolation and with little public disclosure. Our purpose is to identify these institutional initiatives and to analyze their effectiveness in approaching the judicialization of health care.

**Methods:** Descriptors associated with "judicialization of health" will be the basis for conducting the principal searches. The search strategy will neither apply any filters nor limits, nor will be restrict language, publication status, or study design. The searches will be performed using 11 electronic databases, supplemented with gray literature and references from secondary studies. It will include studies on the strategies used to approach the judicialization of health care that have been implemented in public sector. Two independent reviewers will select titles, abstracts and full texts, according to the eligibility criteria, subsequently, they will also extract and classify the findings of these articles. This classification will be performed according to the Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group taxonomy and be used for the elaboration of an evidence gap map.

**Results:** The results obtained will be described in the form of a narrative synthesis.

**Conclusions:** The systematic review will be published in peer-reviewed, open access journal, and presented at conferences. If the review findings justify changes in practice, a policy brief will be prepared for the public health sector and the judicial system.

**PROSPERO Registration:** n° CRD42020160608

## **BACKGROUND**

Health is considered a human right,<sup>1</sup> supported by the World Health Organization,<sup>2</sup> and well-defined, in full and unrestricted terms, in the national constitutions of at least 61 countries.<sup>3</sup> However, these legal rights do not always translate into actual access to health care technology. The term health care technology can be understood as the knowledge, material and services that can be applied by health care professionals and communities to cure or ameliorate diseases or injuries to the health of individuals, or the population in general,<sup>4</sup> and include medications, equipment, hospital infrastructure, medical services, and other related categories.<sup>5</sup>

Restrictions upon universal access to health care technology, whether due to budgetary issues, lack of inventory forecasting or limitations of the health care insurance system, reflects a deficient health care system.<sup>6</sup> In these cases, the societal response to pressing health care needs, that probably are not being adequately addressed by the current health care system,<sup>7</sup> is the judicialization, which is increasingly considered an alternative way to gain access to health care technologies.<sup>8</sup>

### **Description of the issue**

The judicialization of health care, in part, reflects a social and participatory evolution of the citizen,<sup>9</sup> but it can serve as an obstacle to the successful realization of the collective right to health care.<sup>10</sup> It is a multifaceted phenomenon that is growing more intensely in the countries of Latin America and the Caribbean,<sup>8,11</sup> where lawsuits are filed against a health authority to address a gap in health policy, or in failures in public policy execution,<sup>11</sup> or both, with a very high probability, almost certainty, that the ruling will favor the plaintiff.<sup>12</sup>

The accelerated and cumulative growth of health care lawsuits in these countries has alarmed both health care managers and jurists, generating debates<sup>6</sup> concerning the legitimacy of judicial interference in health care, the costs of judicialization, and the limits on public expenditure in order to not undermine the realization of current public health policies.<sup>6,13</sup>

The increased demand for services and financial resources in the health care area as well as in the judiciary system,<sup>12, 14-16</sup> generates the need for institutional reorganization, reallocating resources which otherwise would be dedicated to the delivery of health care.<sup>13</sup>

## Description of the intervention

Public institutions can use various implementation strategies to approach the judicialization of health care. For this review, we will use an approach based on the institutional level targeted by the intervention: service organization, non-judicial approach and judicial approach. Our focus will be to evaluate the implementation strategies used by the health and judiciary for this purpose. For this, we classify the implementation strategies and their components, according to the institutional level, **Table 1.**

**Table 1.** Classification of implementation strategies and their components according on the institutional level targeted by the intervention.

Institutional level	Strategies	Components
Service organization	Health Technical Information Services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialized multiprofessional teams</li> <li>• Evidence-based rapid response services</li> <li>• Information and communication systems</li> <li>• Educational meetings and training</li> <li>• Elaboration and updating of protocols and therapeutic guidelines of clinical practice.</li> <li>• Health technology assessment, selection and incorporation</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Interinstitutional agreements</li> </ul>
	Information and communication systems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use of computers, internet and software</li> <li>• Logistic systems with inventory control.</li> <li>• Information on lawsuits, plaintiffs, patients, and service provision</li> <li>• Registration of technical information</li> <li>• Online communication</li> <li>• Document upload</li> <li>• Technical and management reports</li> </ul>
	Service qualification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educational meetings and training</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Information and communication systems</li> <li>• Elaboration of statements, care protocols and therapeutic guidelines</li> <li>• Implementation of specialized services</li> <li>• Audit and monitoring of services</li> </ul>
	Health care provision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multiprofessional teams</li> <li>• Specialized pharmacies</li> <li>• Centralized control and monitoring of lawsuits, plaintiff information and products in stock</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Financial resources to finance individual health care or to deposit a sum of money into the plaintiff's bank accounts to pay for the claimed health technology.</li> <li>• Information and communication systems</li> </ul>
Non-judicial	Administrative proceedings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information and communication systems</li> <li>• Specialized pharmacies</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Criteria for the provision of services</li> <li>• Citizen orientation and referral to the health unit responsible for the requested care</li> <li>• Health Technical Information Services</li> <li>• Interinstitutional agreements</li> </ul>
	Alternative Dispute Resolutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information and communication systems</li> <li>• Use of mediation or conciliation</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Criteria for the provision of services</li> </ul>

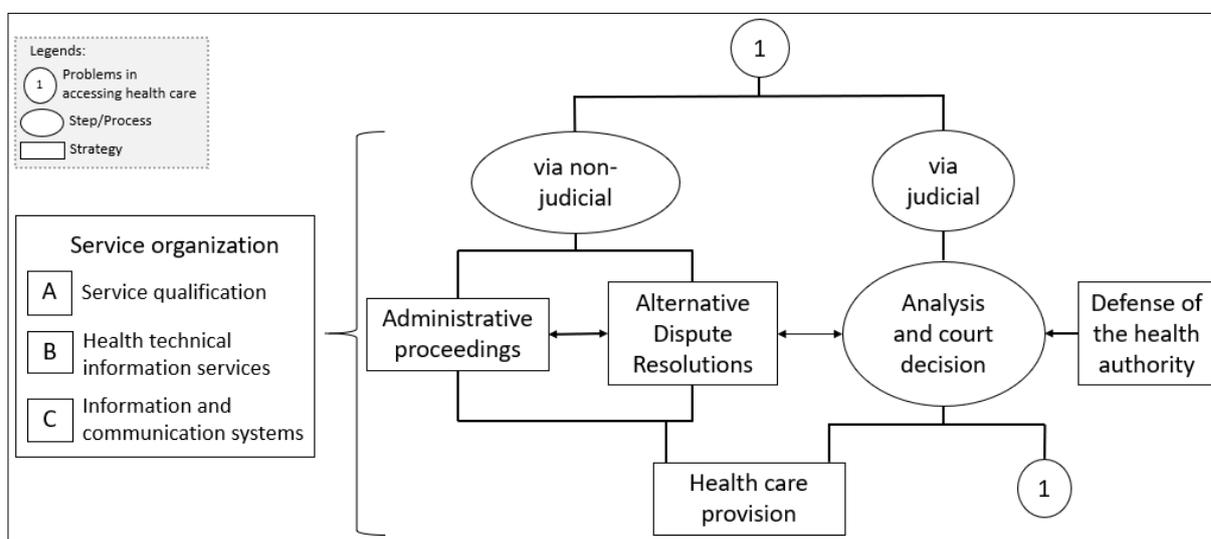
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Technical Information Services</li> <li>• Interinstitutional agreements</li> </ul>
Judicial	Defense of the health authority	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attorney or health workers specializing in health or law respectively</li> <li>• Standardized and organized documents and procedures</li> <li>• Information and communication systems</li> <li>• Health Technical Information Services</li> <li>• Interinstitutional agreements</li> </ul>

### How the intervention might work

The strategies action at various times between the search for access to health care and its effective obtaining by the citizen. They can be divided into those with performance: i. in the organization of care, covering organizational policies, programs and settings, including the implementation of support services; ii. Non-judicial, that is, without the action of the courts and through strategies that mainly use dialogue between the parties; and iii. judicial that involves the entire judicial process, including compliance with its decisions.

Interventions focused on the organization of services and non-judicial actions are designed to prevent health lawsuits by improving and providing access to health care, including technologies not covered by the health system, as long as they are feasible and meet medical and legal requirements. And those targeted at judicial action can minimize the impacts of judicialization of health on institutional resources, reducing the number of health technology requests incompatible with the level of care offered, without evidence of efficacy or therapeutic equivalents available in the health system,

**Figure 1.**



**Figure 1.** Diagram of a logical model using some implementation strategies to approach the judicialization of health care.

### **Why it is important to do this review**

It is believed that each institution has developed strategies for coping with the problem in isolation. Information on these experiences may occasionally, but not always, be described in institutional administrative documents and, where appropriate, local legislation. As such, locating studies or reports that can serve as a guide for, and be applied in, other health care services or institutions,<sup>13, 17</sup> becomes a challenge.

The articles published on the subject show that there are many studies which have only characterized the lawsuits (including the profile of litigants, physicians and lawyers, and the health care technologies involved in lawsuits),<sup>18-21</sup> however there exist few studies describing or analyzing the strategies adopted by public institutions to manage these lawsuits.<sup>16</sup>

Given this scenario, the purpose of this study is to scrutinize the literature to identify and critically analyze the effectiveness of the implementation strategies used by public sector to approach the judicialization of health care.

### **Review question**

Are the strategies implemented in the public sector effective to approach the judicialization of health care?

## **METHOD**

### **Protocol and registration**

This protocol follows the checklist of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement (**supplementary file I**).<sup>22</sup>

PROSPERO Registration: n° CRD42020160608

### **Eligibility criteria**

#### ***Inclusion criteria***

This systematic review will include studies describing strategies implemented in the public sector to approach the judicialization of health care.

Full texts of primary studies using mixed or quantitative methods, and conference abstracts and administrative reports with sufficient data to perform a quantitative analysis will be included.

Documents will be included in any language, country or from any date. There will be no restriction as to the publication status of the articles nor as to study design.

## **Outcomes measures**

### ***Primary outcomes***

#### ***Process outcomes***

- Utilization, coverage and access of services provided;
- Rate of use, by the legal department or court, of technical reports and notes prepared by the implemented strategy;
- Rate of adherence of citizens, magistrates, defenders or promoters to the implemented strategy;
- Difference between the number of lawsuits and administrative requests;
- Number of lawsuits filed;
- Proportion of successful lawsuits versus those that were dismissed;
- Reported measures on the effectiveness of the strategies or service provided (any measurement parameter used in included studies will be considered);
- Productivity of implemented strategy.

#### ***Quality of care***

- Any changes in the overall nature of the legal actions taken (for example: changes in the pattern or in the type of lawsuits filed, changes in the type of litigant etc.);
- Rates of adherence (doctors, magistrates, lawyers, defenders or prosecutors) to institutional guidelines and recommendations;
- Customer service and waiting time reduction rate;
- Rate of non-judicial resolutions;
- Rate of reduction in number of active and unfulfilled lawsuits.

#### ***Provider outcome***

- Workers acceptability of/satisfaction with the strategy, assessed;
- Measures on workload and stress;

- Quality of work life of the employee who was allocated to carry out the activities of the implemented strategy;
- Server / employee perception of the implemented strategy;
- Productivity of the implemented strategy.

#### ***Patient outcomes***

- Patient satisfaction with the health care provided (either narrative reports or categorical reporting).

#### ***Equity***

- Any changes that reduced inequities.

#### ***Resource use***

- Expenses incurred due to judicialization of health care (such human resources/time, including additional time spent by providers when managing/transitioning dual paper and digital reporting systems; training, supplies, and equipment).

#### ***Adverse effects or harms***

- Unintended consequences that result in adverse effects of the implemented strategy (these may include time spent by providers involved in administrative tasks; misinterpretation of data; transmission of inaccurate data, for instance, through incorrect data entries; loss of verbal or non-verbal communication cues; issues of privacy and disclosure; failure of, or delay in, message delivery; loss or misuse of health technologies).

#### ***Exclusion criteria***

Studies that merely describe or characterize legal actions in health care (for example: type of action taken, characteristics of patron, number of lawsuits) are excluded, as are studies that attempt to analyze the motives of plaintiffs or that discuss, from a conceptual or theoretical point of view, possible and not actual strategies to address health care legal claims.

#### **Information sources**

This review will include studies published up to December 2019 and the same searches will be re-executed just before the final analysis.

The follow database will be used:

1. Electronic databases: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (Periódicos CAPES) [which includes the following databases: OneFile, Scopus, Social Sciences Citation Index, Expanded Sciences Citation Index (Web of Science), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Sociological Abstracts, MEDLINE/PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciELO Brazil, JSTOR Archival Journals, NDLTD Union Catalog, SAGE Journals and Publications, Science Direct Journals and Books, Elsevier, Oxford Journals, Materials Science & Engineering Database, Cambridge Journals, Dialnet], Embase (via Ovid), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), and Virtual Health Library Regional Portal-BVS (which included LILACS).
2. Electronic database specialized in public health: The Cochrane Library, Health System Evidence, and Epistemonikos.
3. Grey literature: websites of government agencies, health ministry or department, justice ministry or department, non-indexed journals, public institutions that were cited in the documents found, other sources of gray literature that may be considered relevant for the systematic review.

### **Others search features**

Two independent reviewers will scrutinize the reference list of all identified reports and articles to identify potentially eligible articles. They will also perform a hand searches on the issues of journals that deal with the subject.

If deemed necessary, the main authors of these studies will be contacted for additional information.

### **Search strategy**

A search using the descriptor judicialization of health care (in Portuguese, judicialização da saúde), conforming to the descriptors accepted by the Health Sciences Descriptors (DeCS) of Brazil (<http://decs.bvs.br/>), shall be performed using PubMed and analyzed to verify the identification of a sample of predetermined studies. The principle words of the descriptor will be used both separately and in combination with Boolean operators (OR and AND), in Portuguese, English and Spanish: [(judicialização OR judicialización OR judicialisation OR judicializacion) AND (saúde OR health OR salud)] (**supplementary file II**).

Other related descriptors, and their synonyms, will also be tested. The final version of the search strategy will be adapted to be used in other information sources in accordance to the specificities of each selected databases.

In databases The Cochrane Library Health System Evidence and Epistemonikos we will carry out the searches using the term judicialization of health care, and generic terms such as: legal, judicial and litigation. This adaptation is due to the fact that judicialization of health care is not a widely used descriptor, being only recently incorporated into the DeCS (since 2017), and scarcely used in the relevant literature outside of Latin America.

## **STUDY RECORDS**

### **Screening of studies**

Prior to the data collection process, calibration exercises will be conducted to ensure consensus among reviewers. After consensus is achieved, each reviewer will receive a reference manager (EndNote X7) containing all the exported searches. The reviewers will then work both in pairs and as independently to select titles and abstracts using the inclusion criteria.

Any title or abstract will be considered eligible if chosen by any of the reviewers.

The reviewers will then evaluate the full texts of the chosen articles and will extract the data to be analyzed.

In the case of disagreements or concerns between the reviewers working in pairs, a third reviewer will be consulted.

This systematic review will begin after the publication of the protocol and is expected to be completed in July 2020.

### **Data collection process**

The extraction of data from the full texts will be documented in a pre-verified and standardized data-extraction template with fill-in instructions, using the Excel 2016 software. The template will identify each study (author, year, title, type of publication, study design); information on where, who, when and how the strategy was implemented; the stated goals of the strategy; the methods used, and the results achieved, with quantitative data.

When necessary, the reviewers will contact the lead author of the study to clarify any uncertainties.

### **Risk of bias in individual studies**

The criteria suggested by the Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) for assessment the risk of bias will be applied, when studies are found which contain a separated control group, such as: randomized trials, non-randomized trials, controlled before-after studies, and interrupted time series and repeated measures studies.<sup>23</sup>

In studies that do not fall into these categories, the critical appraisal tools developed by The Joanna Briggs Institute (<http://joannabriggs.org/>) will be used, due to the large variety of studies that can be successfully evaluated with these tools.

The findings will be grouped by similar practices (characteristics and objectives) and analyzed together. Subsequently, the reviewers will assess whether the biases found are sufficiently relevant to interfere with interpretation of results.

### **Summary measures**

If the quantity of numerical data is sufficient for meaningful statistical analysis, Stata 11 software will be used to perform statistical calculations such as measures of central tendency, percentage and measures of association.

### **Synthesis of results**

The results will be described, a priori, in the form of a narrative synthesis,<sup>24</sup> in which the studies will be grouped, analyzed and discussed according to similarities or differences of the implementation strategies used to approach the judicialization of health care.

The narrative synthesis will be elaborated from a theoretical model that will synthesize how the strategies work and analyze which are the facilitators and the barriers that interfere in its effectiveness and how robust are these findings.<sup>24</sup>

The clusters will be coded according to the taxonomy of the EPOC group.<sup>25</sup> This classification is an adaptation of the taxonomy used by Health System Evidence,<sup>25</sup> which classifies health system actions into categories, based on similar concepts or practices.<sup>26</sup> The EPOC taxonomy includes four main domains of interventions: delivery arrangements, financial arrangements, governance arrangements and implementation strategies. And each of these domains includes several categories and subcategories, which can help conceptualize interventions and see where gaps exist.<sup>25</sup>

The coded results will be incorporated into an evidence gap map.<sup>27</sup>

The PROGRESS-Plus Framework (Place of residence, Race / ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socio-economic status, Social capital, and complemented with age, disability and sexual orientation)<sup>28,29</sup> and the SUPPORT tools (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials)<sup>30</sup> for Evidence Informed Policies will be used in the selected implementation strategies.

The PROGRESS-Plus Framework is a tool designed for assessing health inequities, and SUPPORT tools guide the elaboration of evidence syntheses focused on the health system, as they consider the barriers and facilitators that interfere the implementation of an strategy and its implications for the health care system, users, policymakers and professionals involved.

In addition, a summary of findings table will be drawn up.

### **Meta-bias and confidence in cumulative estimate**

If sufficient data is encountered, funnel plots and Egger's test<sup>31</sup> will be used to assess the risk of publication bias. The GRADE tool<sup>32</sup> will be used to assess the strength of the evidence and to issue the degree of recommendation of the strategies.

## **DISCUSSION**

This systematic review will provide important insights into how some public institutions are approaching the judicialization of health care, and how these implementation strategies can be replicated or adapted to other similar institutions.

It will also show the gaps in information, according to management, finances and delivery arrangements within health care systems, whose data may be useful for guiding new researches.

Policy makers and stakeholders can use this review to support the planning and implementation of more efficient and comprehensive health care policies, providing cost-effective, less bureaucratic health care programs and services that reduce inequities in access to health care technologies.

### **Strengths and limitations of this study**

- The judicialization of health care is a current phenomenon and occurs mainly in Latin America and the Caribbean.
- Studies that analyze the strategies implemented in public sector to approach the judicialization of health care are scarce and difficult to access. Therefore, it is useful to

provide an overview of these strategies so that they can be disseminated to a greater audience.

- Even through a comprehensive search of the literature will be performed, it is probable that most studies deemed eligible for the systematic review will be cases reports; this may limit the authors' ability to evaluate the quality of studies and may prohibit meaningful statistical analysis.
- The elaboration of a narrative synthesis and an evidence gap map will better describe how public services have organized to approach the judicialization of health care.

## REFERENCES

1. United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights. Universal Declaration of Human Rights. 1948; <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/UDHRIndex.aspx> Accessed 21 feb, 2018.
2. World Health Organization. Human rights and health. *Fact sheet* 2017; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> Accessed 01 mar, 2018.
3. Gelis-Filho A. *Sistemas de saúde e constituição: análise da relação entre a presença de proteção constitucional do direito à saúde e mortalidade infantil em 112 países*. São Paulo: Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde, Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2005.
4. Panerai RB, Peña-Mohr J. *Health technology assessment methodologies for developing countries*. Washington: Pan-American Health Organization; 1989.
5. Vieira FS. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: Desafios atuais e futuros do estado brasileiro. IX Congresso CONSAD de Gestão Pública; 2016; Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF
6. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Rio Grande; 2013. [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9). Accessed 20 feb, 2018.
7. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50.
8. Vargas-Peláez CM. Judicialización del acceso a medicamentos y políticas farmacéuticas en países de América Latina 2016; [bit.ly/2xEL9Ai](http://bit.ly/2xEL9Ai) Accessed 20 feb, 2018.
9. Cubillos-Turriago L. La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos 2012; Webinar del BID - presentation. Available at: [goo.gl/9d0JBq](http://goo.gl/9d0JBq). Accessed 20 feb, 2018.
10. Bittencourt GB. The "State-of-the-Art" of the academic production on the phenomenon of health judicialization in Brazil. [O "Estado da Arte" da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil]. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit*. 2016;5(1):9.
11. Perlingeiro R. Recognizing the public right to healthcare: the approach of Brazilian courts [Reconhecendo o direito público à saúde: a abordagem dos tribunais brasileiros]. *Revista de Investigações Constitucionais*. 2014;1(1):18.

12. Advocacia-Geral da União. *Judicialização da saúde no âmbito da União em números: recursos extraordinários 566471 e 657718* Brasília: Advocacia-Geral da União;2017.
13. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário. Brasília: Diário Oficial da União; 2017:3.
14. Schulze CJ. Números atualizados da Judicialização da Saúde no Brasil. 2017; <http://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>. Accessed 21 feb, 2018.
15. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Justiça em números 2017. 2018; <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros>. Accessed 21 feb, 2018.
16. Asensi FD, Pinheiro R. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.
17. Vieira FS, Lopes LC, Barberato-Filho S, Marques DC, Pepe VLE. Pharmaceutical services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines. [Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos]. *RAS*. 2010;12(47):8.
18. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health and human rights*. 2016;18(1):209-220.
19. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AM, et al. The judicialization of health care: a case study of three state courts in Brazil. [Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(11):3419-3429.
20. Diniz D, Machado TR, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. [A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil]. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):591-598.
21. Gomes FF, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EI. Access to medium and high-complexity procedures in the Brazilian Unified National Health System: a matter of judicialization. *Cadernos de saude publica*. 2014;30(1):31-43.
22. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ: British Medical Journal*. 2015;350.
23. Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC; 2017. <http://epoc.cochrane.org/resources/epoc-resources-review-authors>. Accessed 21 feb, 2018.

24. Popay J, Roberts H, Sowden A, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. Swindon: ESRC Methods Programme;2006.
25. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). The EPOC taxonomy of health systems interventions. EPOC Resources for review authors. 2016; <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>. Accessed 10 dec, 2017.
26. Lavis JN, Wilson MG, Moat KA, et al. Developing and refining the methods for a 'one-stop shop' for research evidence about health systems. *Health Research Policy and Systems*. 2015;13(1):10.
27. International Initiative for Impact Evaluation (3ie). Evidence Gap Maps. 2018; [www.3ieimpact.org](http://www.3ieimpact.org). Accessed 21 apr, 2018.
28. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. *Reflections on developing and using PROGRESS-Plus*. Vol 2, 2008.
29. Oliver S, Kavanagh J, Caird J, et al. *Health promotion, inequalities and young people's health: a systematic review of research*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2008.
30. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health research policy and systems*. 2009;7 Suppl 1:11.
31. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*. 1997;315(7109):629-634.
32. Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE Handbook. In: Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, Oxman A, eds. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. Updated October 2013: GRADE working group; 2013: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>. Accessed 02 may, 2018.

**Supplementary file I. PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) 2015 checklist: recommended items to address in a systematic review protocol\***

<b>Section and topic</b>	<b>Item No</b>	<b>Checklist item</b>	<b>Reported on Page #</b>
<b>ADMINISTRATIVE INFORMATION</b>			
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	1
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	Not applicable
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	1 and 5
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	1
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	In the editorial manager
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	Not applicable
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	In the editorial manager
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	In the editorial manager
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	In the editorial manager
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	2
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	2-5
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	5-7
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	7-8
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	8-9
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	9

Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	9
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	9
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	6-7
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	6-7
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	9-10
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	10
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as $I^2$ , Kendall's $\tau$ )	Not applicable
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	Not applicable
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	Not applicable
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	11
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	11

**\* It is strongly recommended that this checklist be read in conjunction with the PRISMA-P Explanation and Elaboration (cite when available) for important clarification on the items. Amendments to a review protocol should be tracked and dated. The copyright for PRISMA-P (including checklist) is held by the PRISMA-P Group and is distributed under a Creative Commons Attribution Licence 4.0.**

**From:** Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart L, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015 Jan 2;349(jan02 1):g7647.

## Supplementary file II. Examples of search strategy

### 1. Advanced searches in the Periódicos CAPES:

Boolean operators	Search terms
AND	(judicialização OR judicialization OR judicialisation OR judicialización) (saúde OR health OR salud)

### 2. MEDLINE (via PubMed):

N°	Search terms
#10	((((judicialização) OR judicialización) OR judicialization) OR judicialisation) AND (((saúde) OR salud) OR health)
#9	((((OR judicialização) OR judicialización) OR judicialization) OR judicialisation)
#8	judicialização
#7	judicialización
#6	judicialization
#5	judicialisation
#4	((saúde) OR salud) OR health
#3	saúde
#2	salud
#1	health

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar estratégias implementadas para abordar a judicialização da saúde sob a perspectiva das instituições públicas brasileiras pertencentes às áreas da saúde e do jurídico foi um desafio. Pois, tais instituições pouco publicitam suas práticas em algum meio de comunicação e os documentos institucionais não são facilmente detectáveis em suas páginas eletrônicas.

Além disso, parecia pouco provável encontrar experiências bem documentadas, com descrições detalhadas sobre sua implantação e seu funcionamento juntamente com os resultados pós-implantação. Isso foi confirmado pela diversidade de documentos necessários para compreender e descrever as estratégias identificadas.

Encontrar as descrições das estratégias implementadas nos documentos provenientes da área jurídica também foi um desafio à parte, pois, sua estrutura textual é distinta da área da saúde e pouco familiar a pesquisadores de outras áreas.

Curiosamente, o maior número de documentos incluídos nas revisões de escopo pertencia à área jurídica, porém, a maior parte das estratégias implementadas correspondiam à área da saúde. Não foram encontrados estudos que explicassem esse fenômeno, mas, a falta de estímulos para publicar, o pouco domínio com a linguagem escrita e as características práticas dos profissionais de saúde provavelmente são parte de suas causas. Os profissionais de saúde registram dados, escrevem resumos e apresentam em congressos, mas não publicam o artigo completo. Diferentemente da área jurídica cuja atividade prática sempre envolve o exercício da linguagem escrita.

Identificou-se que maior parte dos documentos encontrados não explicavam com detalhes, a forma como a estratégia foi implementada, tão pouco avaliaram com ferramentas válidas o processo de implantação ou os resultados sobre a gestão das demandas judiciais em saúde. Isso impossibilitou a realização de análises sobre a efetividade das estratégias implementadas.

Sabe-se que a quantidade de estratégias encontradas nas revisões de escopo está subestimada, pois, algumas não foram incluídas na análise final devido à incompletude de dados, tais como, Núcleo de Ação das Demandas Especiais (Demande) do município de São Paulo, Núcleo de Apoio Técnico à Procuradoria Geral

do Estado de Tocantins e Assessoria de Demandas Judiciais Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso.

No entanto, é pouco provável que existam estratégias institucionais distintas das categorias de estratégias propostas na revisão de escopo, pois, a Administração Pública é regida por princípios e diretrizes contempladas pelas categorias de estratégias e sua não observância configura-se como improbidade administrativa.

Vale ressaltar que várias páginas eletrônicas de órgãos e instituições públicas foram escrutinadas, além das que foram citadas nos relatos de experiências e nas notícias veiculadas na internet, com o intuito de obter quaisquer detalhes que pudessem complementar as características das estratégias analisadas.

No entanto, parte dessas páginas eletrônicas estavam desatualizadas, não possuíam organização lógica, eram pouco transparentes e havia pouca informação sobre a assistência farmacêutica. Portanto, manter as páginas eletrônicas institucionais organizadas e acessíveis ao usuário, bem como divulgar sua carta de serviços e os dados referentes à gestão dos processos judiciais facilitaria a busca por informações, pode funcionar como estratégia para abordar a judicialização da saúde, além de ser uma das regras da Administração Pública.

Descobriu-se que as informações provenientes de teses e de artigos indexados continham maior quantidade de informações objetivas e análises quantitativas do que os relatos publicados pelos participantes da estratégia implementada em eventos científicos. No entanto, as análises encontradas restringiam-se à aderência da estratégia pelo público alvo, portanto, ainda são desconhecidos os benefícios das estratégias implementadas no Brasil, apesar da maioria estar em funcionamento há mais de cinco anos.

Assim, faz-se necessário a produção de estudos que conseguem avaliar a efetividade das estratégias implementadas para minimizar: a judicialização da saúde, os gastos com cuidados ou com tecnologias de saúde não incluídos no financiamento do SUS e as inequidades em saúde; ou para aumentar o acesso aos cuidados e às tecnologias em saúde.

Também, foi observado que as estratégias implementadas, as quais ampliaram as atividades laborais dos profissionais para atender às novas demandas, não avaliaram a qualidade do serviço prestado. A realização de estudos analíticos qualitativos dessas estratégias, focados na qualidade do atendimento ao usuário ou nas condições e na qualidade de vida no trabalho dos profissionais que lidam com a

judicialização da saúde, seriam úteis para avaliar se as estratégias implementadas realmente possuem uma relação custo-benefício ou custo-utilidade favoráveis, ou se sua existência relaciona-se simplesmente ao costume.

Uma última constatação foi a identificação de publicações elaboradas por instituições públicas e instâncias externas de apoio ao Ministério da Saúde que versavam sobre a gestão pública, principalmente no campo da assistência farmacêutica, porém, não foram detectadas publicações elaboradas por instituições de ensino e pesquisa sobre o assunto.

Os estudos sobre a organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros publicados entre 2015 e 2020, possuem dados pertencentes ao ano de 2015. As publicações que utilizaram esses dados indicavam falhas persistentes na gestão da assistência farmacêutica. Tais falhas envolviam a falta de capacitação e qualificação profissional, desabastecimento de medicamentos, armazenamento inadequado, baixa representatividade do setor dentro das instituições, entre outros. Esses resultados apontam para um provável desconhecimento dos profissionais de saúde sobre existência das publicações sobre a gestão pública e a inexistência de atividades voltadas à educação permanente nas secretarias municipais de saúde.

Dessa forma, parece que há pouca interação entre ensino e serviço público, mas, não é possível inferir se as instituições públicas não buscam o apoio de instituições de ensino e pesquisa porque existem publicações sobre a gestão pública, as quais eles acreditam serem suficientes para capacitá-los, ou se a iniciativa em ofertar serviços e parcerias deveria partir das instituições de ensino e pesquisa.

O apoio de instituições de ensino e pesquisa, aos gestores públicos, seria de grande valia para planejar, implementar e avaliar a efetividade das estratégias a serem implementadas.

## 7 CONCLUSÕES

Este estudo é o primeiro que sistematizou, de forma abrangente, as estratégias implementadas em instituições públicas pertencentes tanto pela área da saúde quanto do jurídico para abordar a judicialização da saúde no Brasil.

Identificou-se que a maioria das estratégias propostas na literatura, seja por grupo de *stakeholders* da América Latina e Caribe, ou por painel de especialistas brasileiros, foi implementada e está em funcionamento há mais de cinco anos no Brasil.

As estratégias implementadas nas instituições públicas brasileiras são complexas, utilizam mais de um arranjo para sistemas de saúde para exercerem suas atividades e sua implementação depende da pressão exercida pela judicialização da saúde sobre a instituição pública, juntamente com a vontade política do tomador de decisão, pois, grande parte dessas estratégias celebraram acordos interinstitucionais, possuem comunicação e atividades intersetoriais e interinstitucionais em diferentes níveis de atenção à saúde.

Além disso, requerem uma rede de serviços integrados para poder atuar adequadamente. Dessa forma, elas conseguem intervir simultaneamente em várias atividades exercidas pela Administração Pública que são sensíveis à judicialização da saúde.

Os resultados das revisões de escopo mostraram que existem estratégias que deveriam estar funcionando em todos os Estados brasileiros, pois estão previstas em programas de governo ou em dispositivos legais, mas, por alguma razão, elas não foram implementadas. Supõe-se que a falta de conhecimento do gestor com os dispositivos legais existentes no Brasil possa ser uma de suas causas.

Por outro lado, foi observado que muitas estratégias implementadas pelas instituições públicas aproveitaram atividades que fazem parte da rotina da Administração Pública para, também, atender as demandas provenientes da judicialização da saúde. Mostrando que a presença de dispositivos legais e adequações às rotinas administrativas, juntamente com os recursos humanos e infraestrutura existentes, foram suficientes para sua implementação.

Adicionalmente, é imprescindível que o tomador de decisão avalie, de forma sistêmica, o cenário institucional antes e depois de implementar qualquer uma das estratégias identificadas neste estudo, pois, muitas estratégias possuem atividades

interdependentes, acordos interinstitucionais e, dependendo do contexto, talvez seja necessário a implementação de múltiplas estratégias para conseguir abordar adequadamente a judicialização da saúde. Portanto, espera-se que um tomador de decisão possua conhecimento sólido e amplo sobre a Administração Pública e os dispositivos legais que regem o seu funcionamento.

A interação entre ensino e serviço público, de maneira formal e consistente, pode ser uma estratégia útil para ser implementada, mas, foi uma das lacunas apontadas por este estudo. Outras lacunas identificadas nessa tese poderiam ser mais bem exploradas pelos pesquisadores, pois, seus resultados provavelmente subsidiariam os tomadores de decisão a optarem por estratégias mais assertivas e personalizadas.

Espera-se que todas essas informações sejam úteis tanto aos tomadores de decisão, àqueles que de alguma forma se envolvem com o tema e, principalmente, aos pesquisadores.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. Geneva 1948 [Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/UDHRIndex.aspx>
2. World Health Organization. Human rights and health: World Health Organization; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>.
3. Gelis-Filho A. Sistemas de saúde e constituição: análise da relação entre a presença de proteção constitucional do direito à saúde e mortalidade infantil em 112 países. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2005.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
5. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>.
6. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
7. Brasil, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA: Modelo de Excelência em Gestão Pública. Versão 1/2014 ed. Brasília: MP, SEGEP; 2014. 33 p.
8. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2018 Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>.
9. Vieira FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: Que lições podem ser aprendidas? Brasília: IPEA; 2016.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 110 p.
11. Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Judicialização da saúde São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde; 2017 [Disponível em: <http://decs.bvs.br/>].
12. Perlingeiro R. Recognizing the public right to healthcare: the approach of Brazilian courts [Reconhecendo o direito público à saúde: a abordagem dos tribunais brasileiros]. Revista de Investigações Constitucionais. 2014;1(1):18.
13. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, et al. Judicialization of access to medicines in four Latin American

countries: a comparative qualitative analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(1).

14. Pepe VLE, Acúrcio FA. Assistência Farmacêutica e demandas judiciais de medicamentos no Sistema Único de Saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luízia VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, editores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 469.

15. Bomfim RLD. *Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde*. Rio de Janeiro: Universidade de Estado do Rio de Janeiro; 2008.

16. Silva MV. *O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

17. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

18. Vieira FS, Marques DC, Jeremias SA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luízia VL, Castilho SRd, Oliveira MA, Jaramillo NM, editors. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 469.

19. Organization PAH. *Health in the Americas+*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>.

20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais: Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada; 2006. 76 p.

21. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2010.

22. Brasil. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

23. Brasil, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA); *Cadernos GESPÚBLICA – Documento de Referência*. Brasília: MP, GESPÚBLICA, SEGES; 2007. 40 p.

24. Controladoria-Geral da União. Acesso à Informação Pública: Uma introdução à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: Controladoria-Geral da União, UNESCO; 2011. 25 p.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011. 186 p.
26. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. Porto Alegre: Comitê Executivo do Rio Grande do Sul; 2015. 287 p.
27. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1º rev ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p.
28. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. QUALIFARSUS: Programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 72 p.
29. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Brasília: Diário Oficial da União; 1998. p. 32.
30. Brasil. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Brasília: Diário Oficial da União; 2004. p. 2.
31. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
32. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
33. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2007. p. 6.
34. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5):10.
35. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 44 p.

36. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2004.

37. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50.

38. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41:214-22.

39. Delduque MC, Marques SB, Ciarlina Á. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In: Alves SMC, Delduque MC, Neto ND, editors. *Direito Sanitário em Perspectiva 2*. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União; 2013. p. 340.

40. Siqueira PSF. Judicialização em saúde no Estado de São Paulo. In: CONASS, editor. *Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS*. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015.

41. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015. 142 p.

42. Santos AO, Lopes LT. *Coletânea Direito à Saúde*. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2018.

43. Brasil. Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília: Diário do Congresso Nacional; 1995. p. 16.

44. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Órgãos da Justiça. O poder judiciário São Paulo: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo; 2019. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/PoderJudiciario/PoderJudiciario/OrgaosDaJustica>.

45. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. Brasília: Diário Oficial da União; 2015. p. 51.

46. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Justiça em números 2017* Brasília: CNJ; 2018. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/pj-justica-em-numeros>.

47. Secretaria de Documentação. O STF Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2019. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/ostf/>.

48. Conselho Nacional de Justiça. *Quem somos*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2019. Disponível em: <http://cnj.jus.br/sobre-o-cnj/quem-somos-visitas-e-contatos#Aes-do-CNJ>.

49. Brasil. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1985. p. 1.
50. Ministério Público Federal. O MPF Brasília: Ministério Público Federal; 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/o-mpf/sobre-o-mpf/sobre-o-mpf-1#>.
51. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2019.
52. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A Defensoria Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2019. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/apresentacao>.
53. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2010. p. 40.
54. Advocacia-Geral da União. Histórico da AGU. Brasília; 2012. Disponível em: [https://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/200644](https://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/200644).
55. Ministério da Saúde. Institucional Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/aceso-a-informacao/institucional>.
56. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
57. Savigny D, Adam T, Editores. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2009. 112 p.
58. Vieira FS, Lopes LC, Filho SB, Marques DC, Pepe VLE. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. [Pharmaceutical services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines]. RAS. 2010;12(47):8.
59. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. Revista de Saúde Pública. 2017;51.
60. Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FDA, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. Revista de Saúde Pública. 2017;51(suppl.2).

## ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÕES/TESES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA



### Orientações para apresentação de dissertações/teses do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba

As dissertações/teses do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba (PPGCF-Uniso) poderão ser apresentadas em dois formatos: o tradicional ou em formato de artigo(s) científico(s).

Os trabalhos de investigação que possam resultar em patentes poderão ser apresentados na forma convencional, a critério do grupo de pesquisadores envolvidos, reservadas as particularidades exigidas em relação ao sigilo.

O formato tradicional segue o padrão descrito nas normas do “Manual para normalização de trabalhos acadêmicos” da Universidade de Sorocaba.

As dissertações entregues no formato de artigo científico têm como exigência a publicação ou, no mínimo, a submissão prévia de **pelo menos um** artigo em revista científica com classificação mínima Qualis/Capes B2 (de acordo com a categorização da WebQualis mais recente, na data do envio/publicação) e podem ser inseridos no idioma e na formatação estabelecida pelo(s) respectivo(s) periódico(s). Os demais artigos podem não ter sido submetidos ainda.

As teses entregues no formato de artigo científico têm como exigência a publicação ou, no mínimo, a submissão prévia de **pelo menos dois artigos** em revista científica com classificação mínima Qualis/Capes B2 (de acordo com a categorização da WebQualis mais recente, na data do envio/publicação) e podem ser inseridos no idioma e na formatação estabelecida pelo(s) respectivo(s) periódico(s). Os demais artigos podem não ter sido submetidos ainda.

Para aclarar membros da banca que desconhecem esta versão alternativa da dissertação/tese recomenda-se anexar este documento no final das versões encaminhadas aos membros da banca.

A dissertação/tese no formato de artigo(s) científico(s) deverá possuir os elementos apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1 - Elementos para a construção da dissertação no formato de artigo(s) científico(s).**

<i>Elementos pré-textuais</i>	1. <i>Folha de rosto</i>
	2. <i>Errata (Opcional)</i>
	3. <i>Folha de aprovação</i>
	4. <i>Dedicatória (Opcional)</i>
	5. <i>Agradecimentos (Opcional)</i>
	6. <i>Epígrafe (Opcional)</i>
	7. <i>Resumo na língua vernácula</i>



# UNISO

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

	<p>8. <i>Resumo em inglês (Abstract)</i></p> <p>9. <i>Lista de abreviaturas e siglas; lista de tabelas e lista de símbolos (opcionais). Estas listas não devem conter as informações apresentadas nos artigos científicos.</i></p> <p>10. <i>Sumário</i></p>
<p><i>Elementos textuais</i></p>	<p>11. <i>Introdução ou apresentação: trata-se da parte inicial do texto com formulação clara e simples do tema investigado, constando a delimitação do assunto tratado, sua relevância e justificativa.</i></p>
	<p>12. <i>Revisão de literatura: quando a revisão de literatura for concebida como artigo de revisão, este item deverá ser incluído no item resultado(s).</i></p>
	<p>13. <i>Objetivos: geral e específico</i></p>
	<p>14. <i>Material e Métodos (opcional). Quando parte dos resultados não for apresentada no formato de artigo, este item deverá ser incluído após os objetivos específicos. Quando o autor quiser apresentar o(s) método(s) de forma mais detalhada do que no artigo, este item pode também ser apresentado em separado.</i></p>
	<p>15. <i>Resultados (pode ser apresentado no formato de artigos): deve(m) ser inserida(s) a(s) cópia(s) de artigo(s) derivado(s) da dissertação, previamente publicados, submetidos ou não para publicação em revistas científicas. Sugere-se que cada artigo seja antecedido de uma breve apresentação seguida dos elementos de identificação do artigo (autores, título, revista de publicação, volume, páginas). Os artigos anexados poderão ser apresentados nos formatos exigidos pelas revistas, as quais os artigos foram publicados e/ou submetidos. Parte dos resultados pode ser apresentada em separado dos artigos, quando conveniente.</i></p>
	<p>16. <i>Discussão (opcional): O autor pode ampliar a discussão dos resultados, quando conveniente.</i></p>
	<p>17. <i>Conclusão ou Considerações finais: esta parte deverá conter a conclusão do trabalho ou as considerações do autor sobre os resultados alcançados frente aos objetivos propostos.</i></p>

**UNISO***Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas*

<i>Elementos pós-textuais</i>	<i>18. Referências:</i> Devem seguir as normas do “Manual para normalização de trabalhos acadêmicos” da Universidade de Sorocaba. Não devem ser inseridas as referências apresentadas nos artigos.
	<i>19. Apêndices (Opcional)</i>
	<i>20. Anexos (Opcional)</i>

## ANEXO B – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 1

**Manuscript title:** Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review

**Manuscript ID:** PONE-D-20-07806

**Authors:** Sueli Miyuki Yamauti, Jorge Otavio Maia Barreto, Silvio Barberato-Filho, Luciane Cruz Lopes

**Journal:** PlosOne

**Article type:** Research Article

Submitted on 18 March 2020

PLOS ONE: Notification of co-authorship on manuscript - [EMID:ebd7ac806cbb6142] Congresso Curso Aula x  



**PLOS ONE** <em@editorialmanager.com>  
para mim ▾

12:32 (há 2 horas) ☆ ↶ ⋮

PONE-D-20-07806

Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review  
Dr. Luciane Cruz Lopes

Dear M.Sc Sueli Yamauti,

You are receiving this email because you have been listed as an author on a manuscript recently submitted to PLOS ONE, which is entitled "Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review".

The corresponding author for the submission process is: Dr. Luciane Cruz Lopes

The full author list for the submission is: Sueli Miyuki Yamauti, M.D.; Jorge Otávio Maia Barreto; Silvio Barberato-Filho; Luciane Cruz Lopes

You are not required to confirm your co-authorship of this submission, but if you would like to add an ORCID iD please click the link below to confirm co-authorship and link your ORCID iD.  
[Yes, I am affiliated.](#)

Please note that if you would like to link your ORCID iD to the submission, you will need to log in to your Editorial Manager account to do so. If you do not have an Editorial Manager account, you can register here: <http://www.editorialmanager.com/pone/Default.aspx>.

If you are not aware of this submission, or if you should not be listed as a co-author, then please contact the journal office at [plosone@plos.org](mailto:plosone@plos.org). For more information on PLOS ONE's authorship requirements, please visit: <http://journals.plos.org/plosone/s/authorship>.

Kind regards,

PLOS ONE

<https://www.editorialmanager.com/pone>

## PLOS ONE

Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review  
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Research Article
Full Title:	Mapping and characterization of strategies implemented in public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review
Short Title:	Strategies to approach the judicialization of health care in Brazil
Corresponding Author:	Luciane Cruz Lopes, PhD University of Sorocaba Sorocaba, Sao Paulo BRAZIL
Keywords:	Brazil; judicialization of health care; organization and administration; public health; lawsuits; justice administration system; delivery of health care; health systems.
Abstract:	<p><b>Introduction:</b> In Brazil, the links between law and public health have intensified over the past decades, with consolidation of judiciary interventions and jurisprudence in health management, generating pressure on health and justice systems resources. It is possible that both areas have developed strategies to approach this phenomenon.</p> <p><b>Objective:</b> To map and characterize institutional strategies implemented in the public sector to approach the judicialization of health care in Brazil. <b>Methods:</b> This scoping review followed the Joanna Briggs Institute methodology. It included documents that reported any strategy implemented in the public sector to approach the judicialization of health care and excluded those that only reported characteristics of lawsuits. A best-evidence synthesis was performed based on a systematic literature search between database inception until March 2019, with no restrictions regarding language, publishing status or study design. We searched 18 electronic databases, gray literature and documents and information present in the websites of the institutions involved with the subject. Two reviewers independently evaluated study eligibility and performed the data extraction. <b>Results:</b> We identified 2,437 references and included 101 relevant documents. These documents included information about 78 implemented strategies that are still in operation (75.6%), have computerized systems (61.5%), were implemented since 2007 (92.3%), at the State level (78.2%) and in the Southeast region (47.7%). To this end, the institutions used existing infrastructure and human resources (93.6%) and have signed interinstitutional agreements (71.8%). <b>Conclusions:</b> Strategies are often developed when public institutions have computerized systems, and are capable of forming multiprofessional teams, using existing human resources and infrastructure, and signing interinstitutional agreements. Our findings can serve as a reference for managers and stakeholders from various institutions in decision-making on strategy implementation or adaptation.</p>
Order of Authors:	<p>Sueli Miyuki Yamauti, M.D.</p> <p>Jorge Otávio Maia Barreto</p> <p>Silvio Barberato-Filho</p> <p>Luciane Cruz Lopes</p>
Opposed Reviewers:	
Additional Information:	
Question	Response
Financial Disclosure	The authors received no specific funding for this work.
Enter a financial disclosure statement that describes the sources of funding for the work included in this submission. Review	

## ANEXO C – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 2

**Manuscript title:** Strategies implemented by public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review

**Manuscript ID:** 527270

**Authors:** Sueli Miyuki Yamauti, Jorge Otavio Maia Barreto, Silvio Barberato-Filho, Luciane Cruz Lopes

**Journal:** Frontiers in Pharmacology, section Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research

**Article type:** Systematic Scoping Review

Submitted on 15 Jan 2020

### My Submissions [Author Guidelines](#)

Search by title or ID   Status: All  Article types: All

**3** All   **0** In Preparation   **0** Initial Validation   **0** Editorial Assignment   **0** Independent Review   **0** Interactive Review   **0** Review Finalized   **1** Accepted   **0** Published  
**2** Rejected   **0** Deleted

Accepted  
Systematic Review

**Strategies implemented by public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review**

**ON TIME**

Sueli Miyuki Yamauti, Jorge Otavio Maia Barreto, Silvio Barberato-Filho and Luciane Cruz Lopes

Associate Editor:  
Ileana Mardare

 Frontiers in Pharmacology  
Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research

Submitted on 15/01/2020   Accepted on 10/07/2020   Not yet paid  

---

[< Articles](#)   **THIS ARTICLE IS PART OF THE RESEARCH TOPIC**  
New Horizons in Health-Promoting: From Methods to Implementation Science  
[View all 5 Articles >](#)

### SYSTEMATIC REVIEW ARTICLE

Front. Pharmacol. | doi: 10.3389/fphar.2020.01128

# Strategies implemented by public institutions to approach the judicialization of health care in Brazil: a systematic scoping review

**Provisionally accepted** The final, formatted version of the article will be published soon.

[Notify me](#)

 Sueli M. Yamauti<sup>1</sup>,  Jorge O. Barreto<sup>2</sup>,  Silvio Barberato-Filho<sup>1</sup> and Luciane C. Lopes<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>University of Sorocaba, Brazil

<sup>2</sup>Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Brazil

**35**  
TOTAL VIEWS

 score

 [View Article Impact](#)

   
Increase the discoverability of your research

[Suggest a Research Topic >](#)

## ANEXO D – INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO 5

Cópia da página eletrônica do *International prospective register of systematic reviews* (PROSPERO), área do autor, que indica o status da solicitação de registro do protocolo de revisão sistemática: “*Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol*”. ID: 160608. Página acessada em 30/04/2020.



crd.york.ac.uk/PROSPERO/#myprospero

**National Institute  
for Health Research**

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

[Home](#) | [About PROSPERO](#) | [How to register](#) | [Service information](#)

[Search](#) | [My PROSPERO](#) | Logout: **sueli miyuki yamauti**

Register your review now

Edit your details

You have 2 records

### My other records

*These are records that have either been published or rejected and are not currently being worked on.*

ID	Title	Status	Last edited
100120	Approaches to the management of the health's judicialization in the public sector: a systematic review protocol	Rejected	13/07/2018
CRD42020160608	Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol	Registered	28/04/2020

## Important notice

To allow the PROSPERO team to focus on COVID-19 and to avoid further delay, **during the pandemic all submissions that have been waiting for registration for more than 30 days and which pass a basic automated check will be published automatically**. The PROSPERO team will not check these submissions; this will be stated clearly on the published record. Records will be published exactly as submitted; therefore extra care should be taken to ensure that submitted information is accurate. Submissions which do not pass the basic automated check will be automatically returned to authors for revision.

For records that are within 30 days of submission, registrations from the UK will continue to be prioritised because PROSPERO is funded by the National Institute for Health Research (NIHR).

**We are receiving a large volume of emails enquiring about progress. As answering these takes time away from processing records, please only email should if it is absolutely necessary. If your enquiry is related to a review on COVID-19 registration please add #COVID-19 to your subject line. For other reviews please allow at least 34 days from submission before enquiring about progress.**

Students: We do not (have the resources to) register reviews done as part of training courses, modules or other 'mini' reviews. Feel free to use the system in your learning and to help you develop a full protocol, but do not press the button.

[Register your review now](#)

[Edit your details](#)

You have 2 records

## Records that are being assessed

*These records have been submitted for publication and are being assessed by the editorial team. You cannot make changes to these records while they are going through the editorial process.*

ID	Title	Status	Last edited
CRD42020160608	Public sector implementation strategies to approach the judicialization of health care: a systematic review protocol <i>To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility.</i>	Registered	03/06/2020 