

JUDICIALIZAÇÃO E ACESSO A MEDICAMENTOS



Lucianny Maria Carvalho

Técnica de Controle Externo do TCE-RJ;

Inspetora-Geral da 1ª Inspeção-Geral de Controle Estadual da

Administração Direta (1ª IGD/SUE);

Graduada em Ciências Contábeis pela Faculdade Moraes Junior -

Mackenzie Rio

RESUMO: Este artigo propõe uma reflexão introdutória acerca da judicialização do direito à saúde¹, restrita ao acesso a medicamentos e a sua relação com a gestão da assistência farmacêutica. Foi delineado breve histórico da legislação normativa que regula o acesso a medicamentos no Brasil, sendo apresentados os principais aspectos que circundam esta discussão, na qual devem os órgãos de controle se inserir.

ABSTRACT: *This article proposes a preliminary reflection about the judicialization to the right to health¹, restricted to the access to medicines, and its relation to pharmaceutical care management. It was drawn a brief history of the regulatory legislation that controls the access to medicines in Brazil, showing the main points that encircle this discussion, in which the control bodies must be inserted.*

PALAVRAS-CHAVE:
Medicamentos; acesso;
assistência farmacêutica;
judicialização; fiscalização;
controle.

KEYWORDS: *Medicine, access health care, pharmaceutical care management, medicine access in Brazil, right to health, judicialization to the right to health*

1 Jargão que significa a obtenção de atendimento médico, medicamentos e de procedimentos diagnósticos por via judicial
It is a jargon that means that someone can get medical attention, medicines and diagnostic procedures in court.

INTRODUÇÃO

A escolha da Função Saúde, como Tema de Maior Significância (TMS) para o exercício de 2011, impôs ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ) o desafio de se buscar, entre a pluralidade e complexidade de temas afetos a esta função, aqueles que seriam objeto de fiscalização, balizando-os de modo a alcançar potenciais contribuições para a melhoria da gestão pública e, por consequência, gerar benefícios à sociedade.

A inserção deste projeto no Plano Anual de Auditoria Governamental (PAAG) da Secretaria-Geral de Controle Externo (SGE) instiga e democratiza o debate acerca dos pontos mais importantes para a conquista da efetividade do direito à saúde no Brasil.

Nesse sentido, este artigo traz como temas a judicialização, tida por fenômeno e entrave para a gestão da assistência farmacêutica no SUS, e o acesso a medicamentos, buscando traçar, neste primeiro contato, os aspectos gerais inseridos na discussão que o assunto suscita, a qual vem se intensificando nos últimos anos.

Para tanto, faz-se necessário, inicialmente, estabelecer a ligação entre o direito à saúde e a garantia ao acesso a medicamentos no Brasil.

ACESSO A MEDICAMENTOS – DIREITO RECONHECIDO

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil tem como marco a Constituição Federal de 1988, que assim dispôs:

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



A ação seguinte, com vistas a garantir aquele direito, foi a de estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como para a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mediante a promulgação da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde (LOA), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, [...].

Entre outras ações, previa o campo de atuação do SUS – “a formulação da política de medicamentos [...] de interesse para a saúde e a participação na sua produção” –, que se materializou na Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

As ações direcionadas ao acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, a cargo dos gestores do SUS nas três esferas de Governo, devem, segundo a PNM, ter por base as seguintes diretrizes: **adoção de relação de medicamentos essenciais**; regulamentação sanitária de medicamentos; **reorientação da assistência farmacêutica**; promoção do uso racional de

medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A diretriz ligada à adoção de relação de medicamentos essenciais, à qual se conferiu destaque, juntamente com a reorientação da assistência farmacêutica, por sua correlação direta com o tema aqui tratado, é a seguir explicitada, em síntese, nos termos da PNM:

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência [...].

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

A reorientação da assistência farmacêutica, por sua vez, visava a que este campo não mais se restringisse à aquisição e à distribuição de

medicamentos, mas também abrangesse a implantação de todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, compreendendo esta última a prescrição e a dispensação.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada em momento posterior, melhor definiu a assistência farmacêutica, que acabou por contemplar atividades outras, conforme inc. III do art. 1º da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, abaixo transcrito:

III – a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Verifica-se que este conjunto de ações envolve atividades de caráter essencialmente técnico-científico, como a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, garantia da qualidade dos produtos e serviços, mas também atividades operacionais e de cunho clínico, articuladas sistematicamente como um ciclo, conforme a Figura 1. Em seguida, serão apresentados os objetivos correspondentes a cada etapa operacional do ciclo, de acordo com Oliveira (2007, p. 15-19).

A **seleção** (O que comprar?), que inicia o ciclo,

Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Oliveira et al. (2007, p. 15).

é uma atividade que tem por objetivo decidir, de forma crítica e fundamentada na melhor evidência farmacológica-clínica, quais medicamentos devem ser disponibilizados aos usuários. Esta atividade tem por primeiro produto uma lista, constituída por medicamentos considerados essenciais para atendimento naquele contexto, que deverá ser complementada por um guia ou formulário terapêutico, sendo desejável, ainda, como produto neste processo, o protocolo terapêutico, com base no qual deverão orientar-se as atividades de prescrição e uso.

A atividade seguinte – **programação** – visa a quantificar o que será comprado (Quanto comprar?), valendo-se para tanto de uma construção de demanda a partir da morbidade, para o que assume crucial importância um sistema de informações confiável.

A **aquisição** (De que modo comprar?) implica um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra, tendo por objetivo suprir as unidades de saúde de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade. Relacionado a este último, registre-se que no Estado do Rio de Janeiro as aquisições de medicamento hospitalar devem

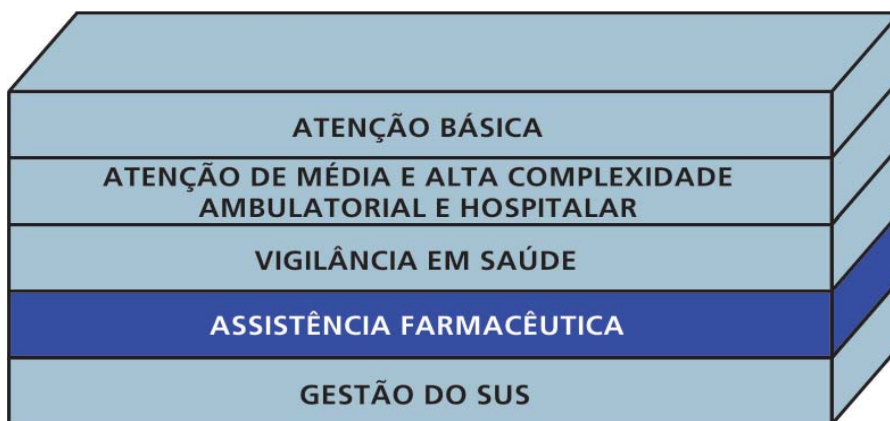
ocorrer pelo Sistema de Registro de Preço, em conformidade com os termos da Lei Estadual nº 4.928, de 20 de dezembro de 2006.

A atividade de **armazenamento**, que envolve o recebimento, a guarda, o controle de estoque e a expedição, ao contrário do que se vislumbra em primeira análise, possui certo grau de complexidade, na medida em que a guarda e o controle de estoque devem considerar, entre outros procedimentos técnicos e administrativos, a segurança e a manutenção das características de qualidade dos medicamentos.

A **distribuição**, por último, consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária. Necessário ainda discutir o financiamento das ações e serviços de saúde, de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, que se estrutura na forma de blocos (Figura 2). Para o intento deste artigo, convém delimitar a discussão ao Bloco de Assistência Farmacêutica, em destaque, integrado pelos Componentes Básico, Estratégico e Especializado, mais bem detalhados em seguida.

O Componente Básico da Assistência Farmacê-

Figura 2: Blocos de Financiamento para o Custeio do SUS



Fonte: Elaboração da autora, com base na Portaria no 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

tica (AF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos neste nível de atenção, a exemplo dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição, e Combate ao Tabagismo. O Componente Estratégico da AF visa ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

Enfim, o Componente Especializado destina-se ao financiamento de medicamentos para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios: doença rara ou de baixa prevalência e doença prevalente, ambas com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado.

Ressalte-se que o financiamento e a execução (que envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e

renovação da continuidade do tratamento), da mesma forma que a programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos inseridos nestes componentes, são regulamentados em normas específicas e, igualmente, competem às três esferas, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na PNM. As bases lançadas pela CF-88 e desenvolvidas nas Constituições Estaduais e na Lei Orgânica de Saúde – LOA (1990) representaram seguramente um desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. As normas posteriores, como a Política Nacional de Medicamentos (1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), conseguiram uma organização e articulação importantes entre as esferas do governo, assim como os programas de estímulo à produção de medicamentos genéricos (Lei no 9.787/99) e à venda de medicamentos fracionados.

JUDICIALIZAÇÃO – FENÔMENO MULTIFACETADO

Não obstante as virtudes das citadas políticas e programas, **notório é que a maior parte da população convive com um quadro alarmante, já que a falta, a perda e o desabastecimento de medicamentos são frequentes,**



a que se atribuem fatores diversos, tais como a deficiência na gestão e organização dos serviços de saúde, a má aplicação dos recursos públicos, perpassando pelas práticas abusivas do setor privado da indústria farmacêutica e pela corrupção, como não raras vezes veiculado na mídia. O alcance da efetividade desta conquista – o acesso a medicamentos – não se tem mostrado tarefa simples aos gestores de saúde.

Traz-se como definição de acesso a medicamentos aquela proposta por Bermudez e colaboradores (OLIVEIRA, 2007, p. 67), segundo a qual acesso é a

[...] relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado.

No que diz respeito especificamente à deficiência na organização dos serviços de saúde, observa Oliveira (2007, p. 87) que, embora a divisão de ações entre os níveis de governo tenha trazido muito progresso na área e incremento do acesso, “alguns problemas, advindos tanto da lógica de funcionamento do SUS como deste arranjo hierárquico e da manutenção de programas centralizados, tiveram forte impacto na assistência aos usuários”.

Ainda segundo Oliveira (2007, p. 87), “outros aspectos, como a rotatividade de gestores, as mudanças no cenário político e a multiplicidade de fontes de repasse de recursos e de legislação reguladora, tornaram a situação complexa”.

“Ocorrem também áreas ‘cinzentas’ - aquelas em que a cobertura é pouco clara ou mesmo inexistente ao primeiro olhar” (OLIVEIRA, 2007, p. 88-89). Corroborando a linha de raciocínio da autora, cabe acrescentar:

A depender de sua enfermidade, ou da porta de entrada no sistema, ou do nível de atenção, ou do local de domicílio ou de atendimento, o usuário teria diferentes instâncias a recorrer e níveis de atenção a trilhar para buscar seu medicamento.

A este aspecto chamou-se segmentação ou ‘fragmentação’ da assistência farmacêutica.

[...]

Observou-se, por exemplo, que, mesmo em situações comuns como internações hospitalares ou em casos de comorbidades, em que os usuários usam medicamentos de várias ‘categorias’, essenciais, de dispensação excepcional, de alto custo, outros ‘não classificados’ mas necessários para seu tratamento, não havia clareza quanto à responsabilidade de fornecimento. A quem deveria recorrer o usuário? Várias normativas legais de cunho orientador, oferecendo listas de medicamentos, foram publicadas, de modo a orientar gestores e usuários. No entanto, a complexidade de caminhos para o provimento tornou-se cada vez maior a cada novo ajuste. (OLIVEIRA, 2007, p. 88-89)

Neste cenário, constata-se um crescente núme-

ro de ações judiciais visando ao fornecimento de medicamentos, comportamento este inserido numa tendência cada vez maior de busca de realização de políticas públicas e direitos sociais por meio do apelo ao Judiciário.

O incremento das demandas judiciais interfere potencialmente no cumprimento das atividades da AF, seja naquelas que possuem caráter técnico-científico (pesquisa e desenvolvimento e registro sanitário), seja nas de cunho operacionais do ciclo, como exemplifica Pepe et al. (2010, p. 2408):

A etapa da programação objetiva a garantia da disponibilidade dos medicamentos selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, [...]. Ela é importante para a correta alocação dos recursos disponíveis e para evitar a descontinuidade no abastecimento. Os mandados judiciais podem interferir tanto nas questões orçamentárias como administrativas, ao determinarem a entrega de medicamentos que não são de responsabilidade do ente federativo, réu na ação judicial, conforme as pactuações existentes [...].

[...]

A aquisição de medicamentos de ações judiciais tem sido em alguns casos categorizada como emergência e feita sem licitação, podendo favorecer fraudes e compra a preços elevados no mercado varejista.

As decisões do Judiciário, porém, têm sido uniformes, praticamente todos os pedidos formulados obtiveram, segundo estudos, concessão de tutela antecipada (liminar). Os magistrados pacificaram o entendimento de que os direitos à saúde e à vida devem ser assegurados, em quaisquer situações, deixando de conhecer e apreciar a legislação ordinária e as diversas normas administrativas que regulam o acesso a medicamentos, posto que estas, aliadas a

questões de natureza orçamentária, não devem, no seu julgar, se sobrepor àquele fim maior.

Não se pode deixar de reconhecer o ponto sensível inserido neste contexto de decisão. Em diversas demandas faz-se parecer que uma sentença negativa corresponderia a uma sentença de morte, todavia este caminho pode trazer consequências negativas no que diz respeito à equidade no acesso e à segurança do paciente, sobretudo nos casos de demandas de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados (uso off label) e, portanto, não presentes nas listas oficiais.

Este é o ponto no qual os atores (cidadãos, profissionais de saúde, gestores públicos, Judiciário) divergem – o acesso aos medicamentos que não constam de listas públicas.

Pressupõe-se que a seleção de medicamentos deva se pautar em critérios estruturantes: perfil dos usuários (morbidades prevalentes), eficácia, segurança e efetividade, bem como requisitos de qualidade dos fármacos sob exame e formas farmacêuticas que atendam às necessidades. Assim sendo, a concessão acrítica de medicamentos não inseridos nas listas oficiais pode vir a favorecer a estratégia de pressão da indústria farmacêutica para a aprovação de seu produto, que pode não representar real ganho em eficácia terapêutica, mas pode adicionar eventos adversos inesperados (PEPE et al., 2010, p. 2407-2408).

Em contraposição a essa assertiva, nem sempre a etapa de seleção se baliza por tais critérios, sendo relatada a não adesão por parte dos profissionais médicos aos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a ausência de sua atualização. Mandados judiciais em larga escala poderiam, então, exercer uma pressão legítima para a inclusão de medicamentos que realmente representem avanços na terapêutica.

A decisão à revelia dos princípios estabelecidos na PNAF, pautada na maioria das vezes tão somente na prescrição, suprime esta etapa, que constitui o eixo do ciclo da AF, ampliando as distorções, com o paradoxo de infringir o

direito que alega preservar.

Como destaca Oliveira (2007, p. 90-91):

Como não se julga a racionalidade da prescrição – a adequação do pedido à enfermidade frente à melhor evidência –, nem o ajuste às listas de fornecimento público, tampouco as responsabilidades de fornecimento no caso, ocorre um considerável dispêndio de recursos em solicitações nem sempre justificáveis e muitas vezes duplicadas (aos níveis municipal e estadual), potencialmente contribuindo para o uso irracional de medicamentos – ocasionando desserviço ao paciente receptor do medicamento e comprometendo o fluxo de financiamento do sistema. Instalou-se, no país, a ‘prescrição por liminar’.

[...]

O sistema tem responsabilidades, em muitas ocasiões, por não definir claramente a competência do fornecimento. Em outras situações, a competência é clara, mas o fornecimento não é executado por aquela instância responsável, deixando aos pacientes poucas alternativas para conseguir o tratamento.

Convergem os diversos estudos e literatura relacionados a este assunto na necessidade de se ampliarem o diálogo e a articulação entre os atores, em especial entre gestores e magistrados, visando a uma melhor atuação do Judiciário no seu papel de garantir direitos que estão sendo violados, buscando a melhor fundamentação, que deverá analisar as peculiaridades de cada caso.

Na esteira deste entendimento, cita-se a realização da audiência pública no Supremo Tribunal Federal², a edição da Resolução no 31/2010 do

Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e a iniciativa do Estado do Rio de Janeiro que formalizou com o Tribunal de Justiça do ERJ o Termo de Cooperação Técnica nº 003/074/2009, através do qual foi normatizada a criação do Núcleo de Assessoria Técnica (NAT), que se destina a fornecer subsídios técnicos aos magistrados nas ações que imponham ao Estado, entre outras, o fornecimento de medicamentos.

O uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos que integram as listas oficiais, por outro turno, é um meio legítimo de garantir o direito constitucional, e pode ser um indicador da ausência ou deficiência da gestão dos serviços de saúde com maior grau de precisão. Observa-se, de todo o exposto até então, o quão complexa se torna a avaliação, pelos órgãos de controle, das ações relacionadas à gestão da assistência farmacêutica, dadas as diversas variáveis que atuam neste campo, entre as quais as demandas judiciais, que impactam o orçamento ordinário e comprometem o custeio das ações regulares.

Ante a fragmentação da assistência farmacêutica, posto que na maioria das vezes a responsabilidade no que concerne aos medicamentos é compartilhada pelos três níveis, seja o financiamento, a execução, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição, conjunta ou isoladamente, custoso se torna o processo de fiscalização, especialmente para se afirmar as causas e atribuir responsabilidades e/ou propor medidas saneadoras à esfera sob sua jurisdição. Ouse-se dizer mais, que a fiscalização dos atos administrativos, em especial aqueles formalizados visando ao fornecimento de medicamentos em face de ordens judiciais, fundados nas exceções previstas na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei de Licitações (emergência), deve considerar também a legislação e as demais normas administrativas que regulamentam o seu

² Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>.

acesso (financiamento, programação, aquisição, armazenamento e distribuição), para o adequado exame meritório da questão trazida.

Pode-se citar, por exemplo, um ato de dispensa de licitação fundamentado na emergência (inc. IV do art. 24 da Lei no 8.666/93), tendo por objeto a aquisição de determinado medicamento, no qual alega a Administração que a emergência decorre da necessidade de se dar cumprimento a mandado judicial. O medicamento está inserido nas listas de financiamento público? A qual ente federativo compete a sua distribuição?

Os aspectos destacados denotam que o exercício do controle requer técnicos capacitados

para proceder à fiscalização, assim como o seu constante aperfeiçoamento e atualização, vez que, ainda que se possa valer da experiência acumulada na prática, da qual não se pode prescindir, é preciso conjugá-la com as metodologias e técnicas adequadas para o alcance da efetividade das ações fiscalizatórias, o que ainda se impõe como desafio ao corpo técnico.

Sendo assim julga-se que a conscientização e o reconhecimento das limitações e fragilidades hoje existentes, entre outras já ultrapassadas, sejam o primeiro passo a ser dado na direção daquele objetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que muito há que se percorrer para assegurar a equidade, o direito à saúde e o acesso aos medicamentos. O número de ações judiciais impetradas visando ao seu fornecimento cresce exponencialmente, com potencial efeito na gestão da assistência farmacêutica.

É consensual que o diálogo e a articulação entre os diversos atores deste processo, com interesses se não divergentes, mas conflitantes entre si, constituem o caminho a ser seguido. Diversas iniciativas vêm ocorrendo neste sentido, a exemplo do projeto de pesquisa “**Judicialização e Saúde Pública: Proposta de Análise e Monitoramento das Demandas Judiciais Individuais para o Acesso a Medicamentos**”, que utilizou o Estado do Rio de Janeiro como modelo, desenvolvido por equipe multiprofissional de pesquisadores e pós-graduandos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, que muito contribuiu para as ilações deste artigo.

Como produto final do mencionado projeto foi elaborado o Manual de Indicadores de Avaliação e Monitoramento das Demandas Judiciais de Medicamentos³, que poderá constituir importante ferramental às ações de controle, sendo válido discorrer, em outra ocasião, acerca dos resultados do estudo realizado.

Propôs-se aqui uma reflexão inicial sobre este tema e, buscando contextualizá-lo, despertar o interesse e provocar o debate. Afinal, é um “fenômeno multifacetado”.

³ Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_975659982.pdf.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.
- _____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.
- _____. Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.
- _____. Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução 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. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010f>>. Acesso em: 19 de jul. 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 19 de jul. 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3916_98.htm>. Acesso em: 19 de jul. 2011.
- _____. 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 19 de jul. 2011.
- NÓBREGA, Ramiro. Acesso a medicamentos: direito garantido no Brasil? In: COSTA, Alexandre Bernardino et al. (Org.). *O Direito achado na rua*. Introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009.
- OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. *Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- PEPE, Vera L. Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2405-2414.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 4.928, de 20 de dezembro de 2006. Institui o Sistema Estadual de Compra e Medicamento Hospitalar e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br/processo2.htm>>. Acesso em: 19 de jul. 2011.

