

Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde

Judicialization of Health in Brazil: Categorization of decision-making stages by the Supreme Federal Court and the impacts on the Unified Health System

(EN: 37-57)

Jarbas Ricardo Almeida Cunha *

Universidade de Brasília, Brasil

Ana Cláudia Farranha **

Grupo de Estudos Observatório de Políticas Públicas, Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasil

DOI: 10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIIN1/pp.15-35

RESUMO

Pretende-se analisar as fases de decisão da judicialização da política pública de saúde no Brasil a partir da mais alta corte jurídica do país — o Supremo Tribunal Federal (STF). A seguir, relatam-se as críticas mais relevantes à excessiva judicialização da saúde, tentando, ao final, elencar alternativas para se discutir um possível programa de melhorias para a política pública de saúde, tendo como elemento principal o diálogo entre o Sistema de Justiça e o Sistema de Saúde brasileiros. A metodologia utilizada pode ser caracterizada como revisão de literatura de tipo narrativa, utilizando-se coleta de dados no sítio eletrônico do STF a partir da descrição de decisões judiciais, assim como revisão bibliográfico-doutrinária.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde, Supremo Tribunal Federal, Direito à Saúde, Política Pública de Saúde

Artigo recebido a 27/04/2020 e aprovado para publicação pelo Conselho Editorial a 08/06/2020.

* Doutor em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Servidor Público Federal. Núcleo de Saúde – Defensoria Pública da União (DPU).
E-mail: jarbas.ricardo@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5332-2642>

** Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília – FD/UnB. Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/UnB). É líder do GEOPP – Grupo de Estudos Observatório de Políticas Públicas e pesquisadora do CEAG - Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública.
E-mail: anclaud@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1784-8695>

ABSTRACT

This article intends to analyze the decision-making stages of the judicialization of public health policy in Brazil by the highest legal court in the country — the Supreme Federal Court of Justice (STF). Subsequently, we present the most relevant criticisms of the excessive judicialization of health, attempting, to list alternatives in order to discuss a possible program of improvements for public health policy, having as its main element the dialogue between the Brazilian Justice and Health Systems. The methodology used can be characterized as quali-quantitative, considering that data collection was used on the STF website for research and analysis of judicial decisions, as well as a biographically doctrinaire review.

Keywords: Judicialization of Health, Supreme Federal Court, Right to Health, Public Health Policy

1. Introdução

Neste artigo, abordaremos a origem, o desenvolvimento e a situação atual da judicialização da política pública de saúde no Brasil em suas quatro fases de decisão a partir do Supremo Tribunal Federal (STF). Destaca-se que tal abordagem permite aos gestores e gestoras públicos uma ampliação da compreensão deste processo, possibilitando alterações na tomada de decisão.

Para esse objetivo, descreveremos essas quatro fases de decisão repensando as consequências de uma excessiva judicialização da saúde mescladas às alternativas que possam promover um direcionamento jurídico-político visando impactar futuros processos de judicialização e que aponte elementos para melhoria de ação no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a discussão pode, futuramente, fortalecer uma agenda de pesquisa que compare a experiência brasileira e portuguesa e elenque semelhanças e diferenças nesses processos.

Com foco no escopo supramencionado, este artigo apresentará uma revisão bibliográfica com o intuito de aprofundar o referencial teórico-conceitual sobre a judicialização do direito à saúde no Supremo Tribunal Federal brasileiro (STF) desde os anos 1990 até os dias atuais.

Para isso, faremos uma revisão de literatura de tipo narrativa, já que se utilizou de coleta de dados no sítio eletrônico do STF para descrição argumentativa de decisões judiciais — jurisprudência da corte — assim como revisão bibliográfico-doutrinária, com a seleção dos principais documentos científicos sobre o Direito à Saúde no Brasil.

2. O Conceito de Judicialização

O clássico conceito de judicialização como expansão global (Tate, Vallinder, 1995) corresponde a duas características fundantes: a) amplitude de atuação do Poder Judiciário em searas antes consideradas exclusivas dos Poderes Executivo e Legis-

lativo; b) submissão dos próprios Poderes Executivo e Legislativo à influência do procedimentalismo jurisprudencial no seu *modus operandi*, realçando o protagonismo do Poder Judiciário dos anos 1980/1990 até a atualidade.

Dessa maneira, a judicialização de políticas públicas seria a crescente utilização do Sistema de Justiça, não para a resolução de conflitos políticos (*politics*), mas para o questionamento de falhas ou omissões na produção de políticas públicas (*policies*) por parte do Executivo, ou na inação ou falhas do Legislativo em relação à produção de normas legais (Oliveira, Couto, 2016; Oliveira, 2019).

Para Barroso (2017), especificamente sobre as causas da judicialização no Brasil, estas se resumiriam a três elementos fundamentais: a) redemocratização do país tendo como ápice a promulgação da Constituição da República de 1988, o que fortaleceu a concepção do Judiciário como poder político; b) a constitucionalização de políticas públicas que podem ser judicializadas para seu efetivo cumprimento, denominada constitucionalização abrangente; c) consolidação e ampliação do sistema brasileiro de controle de constitucionalidade com o direito de propositura amplo previsto na Constituição brasileira.

Em relação à influência desse debate na cultura jurídica nacional, este texto construiu uma linha evolutiva das decisões sobre a judicialização da saúde pelo STF, conforme tabela abaixo, desde os anos 1990 até os dias atuais, delimitando quatro importantes fases de julgamento da Suprema Corte: a) não-ativismo (1988-1996); b) absolutização da saúde (1997-2003); c) custo dos direitos: mínimo existencial x reserva do possível (2004-2009); d) Medicina Baseada em Evidências (MBE) (2009 até os dias atuais). Essa caracterização inovadora procura responder a seguinte questão: qual o panorama descritivo da judicialização da saúde, seus impactos e consequências, a partir das quatro fases de decisão do STF?

3. 1.^a Fase de Decisão do Supremo Tribunal Federal: Não-Ativismo

Classificamos a primeira fase de decisão do STF sobre a concretização do direito à saúde como “Não-Ativismo”, já que o primeiro julgado sobre o tema a aparecer no sítio eletrônico da suprema corte^[1] delonga-se em um vácuo jurisdicional de quase uma década pós-Constituição de 1988.

Desse modo, a fase do Não-Ativismo prolonga-se da vigência da Constituição da República em 1988 — com a promulgação dos direitos fundamentais sociais — até o ano de 1997, quando o STF decide sobre a Petição 1.246/SC, que teve como relator o ministro Celso de Mello, sobre o caso de menor portador de doença rara — Distrofia

1. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em 02 jun. 2020.

TABELA 1 Quatro fases de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a judicialização do direito à saúde no Brasil: principais julgados

FASE DE DECISÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	PRINCIPAIS JULGADOS
1.ª Fase: Não-ativismo (1988-1996)	1988 – Constitucionalização do Direito à Saúde Até 1996 – Nenhum caso de direito à saúde julgado na Suprema Corte
2.ª Fase: Absolutização da Saúde (1997-2003)	1997 – Petição (PET). 1.246/SC 1999 – Agravo Regimental em Agravo de Instrumento: AgR em AI n.º 238.328-0/RS 2000 – Agravo Regimental no Recurso Extraordinário: AgR no RE n.º 271.286-8/RS 2000 – Recurso Extraordinário – RE n.º 195.192-3/RS
3.ª Fase: O Custo dos Direitos: Reserva do Possível x Mínimo Existencial (2004-2009)	2004 – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 45 2007 – Suspensão de Tutela Antecipada – STA n.º 91/AL
4.ª Fase: Medicina Baseada em Evidências (2009 até hoje)	2009 – Audiência Pública n.º 4 – Judicialização da Saúde 2010 – Agravo Regimental na Suspensão da Tutela Antecipada n.º 175 – STA 175 – AgR/CE 2010 – Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde (Fórum da Saúde/CNJ)

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa de jurisprudência no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal (STF): <<https://portal.stf.jus.br/>>.

Muscular de Duchene^[2]. Ou seja, foram necessários quase dez anos para que um caso de judicialização da saúde chegasse à Suprema Corte (Ferraz, 2019).

Os principais argumentos alegados para a fase de não-ativismo do STF em relação à judicialização da saúde dizem respeito à persistente interpretação do caráter de programaticidade e de eficácia limitada das recentes normas constitucionalizadas relacionadas ao direito à saúde, além da justificativa da reserva do possível, “esta como uma condição de restrição fática caracterizada pela escassez de recursos públicos ponderada em situações concretas que envolvam direitos sociais prestacionais” (Moreira, 2011, p. 99).

Marcando a fase do “Não-Ativismo”, o Poder Legislativo brasileiro precisava aprovar um corpo de normas infraconstitucionais regulamentando e suprimindo de

2. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=325774>>. Acesso em 02 jun. 2020.

eficácia a Constituição recém promulgada, inclusive, e de maneira primordial, em seus ditames orçamentários. Visto que com o passar dos anos o Legislativo falhou nesse intuito, pelo menos em responder no ritmo e pressão esperados pela sociedade civil, esta saiu de sua posição de inércia e iniciou uma série de reivindicações junto ao Poder Judiciário, gerando, conseqüentemente, uma espécie de rusga republicana entre esses poderes (Reisseinger, 2007).

A fase que classificamos como “Não-Ativismo” do STF tem seu termo na segunda metade dos anos 1990, na tentativa de se buscar uma solução para os demandantes diante da inércia do poder Executivo na organização e implementação da política pública de saúde e, principalmente, no interesse de sanar o vácuo de atuação do poder Legislativo sobre a regulamentação do direito fundamental à saúde.

4. 2.^a Fase de Decisão do Supremo Tribunal Federal: Absolutização da Saúde

Caracterizamos a segunda fase de decisão do STF como “absolutização da saúde” (Ribeiro, Vidal, 2018). Dá causa a tal denominação o fato de que o STF concedia a imensa maioria ou basicamente todas as reivindicações jurídicas a respeito do direito constitucional à saúde sem limitar sua abrangência, absolutizando, dessa maneira, principalmente o art.º 196 da Constituição do Brasil^[3], retirando-o, assim, do raio de programaticidade e de eficácia limitada em que estava inserido. Ou seja, absolutização da saúde significava conceder o direito à saúde de modo absoluto, sem relativizá-lo, incluindo a integridade normativa de seus objetivos, princípios e diretrizes constitucionalizados na Carta Política de 1988 (Ferraz, 2019; Vasconcelos, 2020).

As decisões dessa fase baseavam-se no princípio da dignidade da pessoa humana^[4], no direito inalienável à vida^[5] e no valor saúde como um mínimo existencial para todo ser humano^[6]. A 2.^a fase de decisão do STF se consolida do ano 1997, com o julgamento da Petição (PET) 1.246-SC e tem seu fecho com a Arguição de

3. 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 (CF/88).

4. Art. 1.º – A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) **III – a dignidade da pessoa humana** (CF/88, grifo nosso).

5. Art. 5.º – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do **direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (CF/88, grifo nosso).

6. Para Torres (2008, p. 8): “Há um direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas”.

Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 45, de 2004, quando finalmente ocorre algum grau de limitação em torno da matéria.

A principal característica da segunda fase de decisões do STF — Absolutização da Saúde —, trata-se do percurso inicial do Poder Judiciário como protagonista na efetivação do direito à saúde no vácuo deixado pelos outros dois poderes: Executivo e Legislativo. Tal protagonismo se caracteriza, em um primeiro momento, absolutizando o direito à saúde — um direito que não via obstáculos à sua frente — sendo qualificado como portador de eficácia plena e universal, não necessitando de regulamentação legislativa. Como relata Wang (2008): “está dito de forma terminante que na ponderação entre o direito à saúde, ligado ao direito à vida, e questões de ordem financeira, estas sempre deverão ser preteridas em relação àquela” (Wang, 2008, p. 546).

Sublinha-se que essas ações que chegavam à Suprema Corte tratavam apenas da micro justiça — demandas individuais e não coletivas (Wang, 2008) —, não existindo qualquer tipo de preocupação por parte dos ministros sobre suas consequências para a política pública e, principalmente, sobre o custo da concretização desses direitos à saúde, o que denominamos de reserva do possível (ou reserva do financeiramente possível).

Salientamos ainda que esta 2.^a fase de decisão do STF estaria comprometida com o denominado Princípio do Resgate, sistematizado por Dworkin (2010)⁷ e que preconizava que todo tratamento de saúde — de qualquer tipo de complexidade e custo financeiro — deveria ser fornecido a todo cidadão, pois, segundo esse princípio, a saúde e a preservação da vida humana seriam os bens de maior valor para uma comunidade. Por tal motivo, deveria se aplicar o máximo de recursos financeiros para salvar toda e qualquer vida, por menores que fossem as chances de sobrevivência e por maiores que fossem os custos despendidos.

5. 3.^a Fase de Decisão do Supremo Tribunal Federal – O Custo dos Direitos: Reserva do Possível x Mínimo Existencial

Nesta terceira fase de decisão do STF relatamos como a Suprema Corte deu uma guinada nas decisões relativas ao direito à saúde no sentido de sopesar a importância do custo dos direitos, principalmente dos direitos considerados de segunda geração, ou seja, direitos que exigem prioritariamente uma contrapartida financeira

7. Segundo Dworkin (2010), o Princípio do Resgate parte da ideia concebida pelo filósofo René Descartes que relatava que a saúde e a vida humana seriam os bens supremos da sociedade e ainda que, inseridos em uma sociedade na qual a partilha de bens seria injusta e desproporcional, seria inconcebível exigir que os mais pobres pagassem por melhorias de suas condições de saúde. Como relata: “(...) se deve distribuir assistência médica com equidade que mesmo em uma sociedade na qual as riquezas sejam muito desiguais e se deboche da igualdade, não se deve negar a ninguém a assistência médica de que precisa” (Dworkin, 2010, p. 434).

do Estado para sua efetiva implementação, como é o caso do direito fundamental à saúde.

Utilizamos neste tópico a expressão “custo dos direitos” lastreada na já clássica obra de Holmes e Sustain (2019), significando “ ‘custo’ como custo orçamentário, e ‘direitos’ como interesses importantes que possam ser protegidos de modo confiável por indivíduos ou grupos mediante o uso dos instrumentos disponibilizados pelo Estado” (Holmes, Sustain, 2019, p. 5.).

Sendo assim, há dois casos clássicos da Suprema Corte — considerados *leading cases* pela literatura especializada (Wang, 2008; Costa, Mota, Araújo, 2017; Ribeiro; Vidal, 2018) — sobre a teoria do custo dos direitos em relação a esta terceira fase de decisão do STF no que concerne ao direito à saúde: a já citada Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental — ADPF n.º 45 – MC/DF^{8]}, de 2004, e a Suspensão de Tutela Antecipada — STA n.º 91/AL, de 2007. São apenas dois casos, mas de repercussão ímpar (Pedron, Neto, 2018; Ribeiro, Vidal, 2018) na esfera do Supremo em relação a julgamentos sobre judicialização da saúde que envolvam especificamente a dicotômica questão entre a reserva (do financiamento) possível e o mínimo existencial.

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 45^{9]} constituiu-se em um *leading case* no STF não só por ser a primeira decisão sobre a teoria dos custos dos direitos, mas também por discutir a questão da inserção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas, dos direitos sociais e expressamente da reserva do possível e do mínimo existencial.

A ADPF 45 foi a primeira decisão na seara do Supremo em que um ministro da corte elaborou explicitamente um critério para se averiguar o cabimento do princípio da reserva do possível. O critério sugerido lastreava-se na junção entre razoabilidade da pretensão e disponibilidade financeira do Estado. Caso ambos elementos formadores do critério sugerido pelo ministro fossem afirmativos, comprobatórios e cumulativos (razoabilidade da pretensão + disponibilidade fi-

8. Esta ADPF n.º 45 é invocada expressamente em várias decisões do próprio STF em relação à interferência do Poder Judiciário no âmbito das políticas públicas constitucionalmente previstas sob o fundamento de garantir a proteção, dentre outros princípios, do mínimo existencial. A isso se deve sua classificação como um *leading case*. Podemos citar, após pesquisa no sítio eletrônico do Supremo, as seguintes decisões que fazem referência a ela: AG REG RE 410.715/SP; AG REG STA 223/PE; AG REG SL 47/PE; AG REG RE AGR 639.337/SP; AG REG RE 642.536/AM; AG REG RE 763.667/CE; AG REG RE 581.352/AM; EMB DECL AI 598.212/PR; AG REG RE AGR 727.864/PR e AG REG RE AGR 745.745/MG. Acesso em 18 abr. 2020.

9. ADPF 45 MC, Relator: Ministro Celso de Mello, julgado em 29/4/2004, publicado em DJ 4/5/2004. Informativo n. 345-STF. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm#ADPF%20-%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20-%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Judicial%20-%20%22Reserva%20do%20Poss%C3%ADvel%22%20\(Transcri%C3%A7%C3%B5es\)>](http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm#ADPF%20-%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20-%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Judicial%20-%20%22Reserva%20do%20Poss%C3%ADvel%22%20(Transcri%C3%A7%C3%B5es)>)>. Acesso em 02 jun. 2020.

nanceira do Estado) estaria configurada obrigação estatal em efetivar o direito demandado, caso contrário, descaracterizaria a possibilidade do ente público de realização prática de tais direitos, no caso específico em análise, do direito fundamental à saúde.

Outro *leading case* que trata da teoria dos custos dos direitos é a Suspensão de Tutela Antecipada – STA n.º 91/AL^[10], de 2007, caso em que a, então, ministra e presidente do STF, Ellen Gracie, deferiu, parcialmente, solicitação do estado de Alagoas para suspender decisão concedida em ação civil pública que determinou ao Executivo alagoano o fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento de pacientes renais crônicos em hemodiálise e pacientes transplantados.

A decisão exarada pela Ministra Ellen Gracie na STA 91 determinou a não obrigatoriedade do estado de Alagoas em disponibilizar os medicamentos pleiteados na ação, fato inédito em uma decisão voltada para uma unidade federativa do Brasil. A argumentação utilizada baseou-se na teoria dos custos do direito, ancorada na reserva do financeiramente possível, já que se lastreava na limitação de recursos e na necessidade de racionalização dos gastos para o atendimento de um maior número de pessoas e não somente daquelas portadoras da enfermidade em questão.

A decisão da STA 91/AL foi um marco para o advento e consolidação da teoria dos custos do direito à saúde, apresentando como defesa a tese da reserva do possível, resumido pela seguinte citação do voto da ministra: “a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários”. (STF – STA: 91 AL, Relator: Min. Presidente, j.26/02/2007; DJ:05/03/2007)

Dessa forma, tanto a ADPF 45, de 2004, como principalmente a STA 91/AL, de 2007, são consideradas decisões paradigmáticas em relação à fase da teoria dos custos dos direitos fundamentais sociais, nesse caso específico, do direito à saúde. Ambas trazem em suas argumentações, além da noção de que o mínimo existencial deveria ser respeitado, a importância de se destacar a reserva do possível dos entes públicos para que não comprometessem o orçamento estipulado para a área da saúde. Nesse aspecto, decisões deste condão terão impactos importantes no processo de gestão das políticas públicas, pois, nesse caso, dispor do orçamento do Executivo, ainda que em uma perspectiva relacionada a uma racionalidade, ocasiona repercussão na forma como políticas de saúde são organizadas nos Estados

10. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2466232>>. Acesso em 02 jun. 2020.

da federação e farão com que novas decisões sejam tomadas no âmbito desta política, buscando, inclusive, reduzir os custos da judicialização^[11].

6. 4.^a Fase de Decisão do Supremo Tribunal Federal – Medicina Baseada em Evidências (MBE)

A última fase de decisão do STF em relação à judicialização da saúde pode ser classificada como Medicina Baseada em Evidências (MBE), uma vez que nessa etapa de decisão da Suprema Corte se observa a utilização de argumentos científicos e embasados em literatura acadêmica no decorrer do processo judicial e nas decisões sobre estes, no que se refere às demandas que envolvem o direito à saúde.

Para a análise da fase da Medicina Baseada em Evidências (MBE), mencionaremos três episódios da seara do direito e da saúde que apresentaram consideráveis reflexos no campo jurídico-político: a) a Audiência Pública n.º 4, convocada pelo ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal, e realizada nos dias 27, 28 e 29 de abril e 04, 06 e 07 de maio de 2009 para tratar da judicialização do direito à saúde; b) a emblemática decisão proferida um ano depois pelo plenário do STF no Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175/2010 (STA 175 – AgR/CE), relatado pelo ministro Gilmar Mendes, que apresenta uma sistematização sobre as decisões das fases anteriores da Suprema Corte e, principalmente, critérios e parâmetros de julgamento a serem analisados e seguidos tanto pelos operadores do Direito quanto pela contribuição técnico-executiva dos gestores da política pública na análise da judicialização da saúde pelo país; e c) as atividades do Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituído pela Resolução n.º 107, de 06 de abril de 2010 e suas principais decisões e impactos no direito brasileiro em relação à saúde.

Sendo assim, a análise desta quarta e última fase de decisão do STF parte da abordagem relacionada a Audiência Pública sobre a Judicialização da Saúde, tomando em conta os seguintes aspectos: concepção, procedimento e reflexos sobre a assim denominada Judicialização da Saúde.

A Audiência Pública sobre a Judicialização da Saúde foi realizada entre os dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009, com os seguintes temas a serem discutidos e destacados por dia: a) 27 de abril – “O Acesso às Prestações de Saúde no Brasil – Desafios ao Poder Judiciário”; b) 28 de abril – “Responsabilidade dos Entes da Federação e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”; c) 29 de abril – “Gestão do SUS – Legislação do SUS e Universalidade do Sistema”; d) 4

11. Sobre esse aspecto, conferir em Moraes, Israel Silva de. *Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?* 2016. XV, 183 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/22488>>. Acesso em 04 jun. 2020.

de maio – “Registro na ANVISA e Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS”; e) 6 de maio – “Políticas Públicas de Saúde – Integralidade do Sistema”; f) 7 de maio – “Assistência Farmacêutica do SUS”. Observa-se que nesse momento temas relacionados somente com o custo orçamentário vão dando lugar a elementos que reportam a uma conexão com aspectos do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os 37 especialistas habilitados para a Audiência Pública foram assim classificados: 17 (dezasete) representantes da área jurídica, incluindo ministros, juízes, advogados da União, advogados, promotores, procuradores, professores universitários e representantes do Ministério Público Federal (MPF); 11 (onze) representantes da sociedade civil, incluindo usuários do sistema e membros de instituições de pesquisa; 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde e da área médica; e 6 (seis) gestores públicos.

Gomes e colaboradores (2014), ao analisarem as palestras realizadas durante a audiência pública em questão, concluíram que os principais resultados alcançados foram fruto da utilização de evidência científica na tomada de decisão do Executivo e do Judiciário, quais sejam: a) registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil – ANVISA; b) evidências de eficácia e segurança de tecnologia; e c) eficiência econômica baseada na relação custo-efetividade e impacto orçamentário.

Santos e Marques (2014) criaram, com base nos discursos proferidos na audiência pública abordada, uma tabela na qual elencam as principais ideias expostas na Suprema Corte naquela oportunidade:

TABELA 2 Ideias centrais dos discursos proferidos na Audiência Pública sobre a Judicialização da Saúde

IDEIA CENTRAL	%
A – O direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas.	12,8
B – O direito à saúde é garantia constitucional que independe de política pública.	7,9
C – Abordagens sobre o fenômeno da judicialização.	14,6
D – Abordagens sobre o financiamento da política de saúde.	7,9
E – Conflitos existentes entre o direito individual e o direito coletivo.	6,7
F – Abordagens referentes à decretação de repercussão geral, relevância da audiência pública e proposta de súmula vinculante.	10,4
G – Há fraudes nos processos judiciais referentes à saúde, bem como na Administração Pública.	5,5
H – Há solidariedade entre os entes federativos para a garantia do direito à saúde.	1,8
I – A responsabilidade deve ser atribuída a cada ente federativo, conforme as competências definidas na lei.	4,3
J – Há falhas na política pública de saúde.	6,7
K – Abordagens conceituais sobre a política de saúde.	7,3
L – O direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas, todavia, admitidas exceções.	1,8
M – Somente os hipossuficientes podem litigar em juízo por direito à saúde.	1,2
N – Discursos sem temas de abordagem jurídica.	11,0

Fonte: Santos e Marques (2014), com base no sítio eletrônico do STF sobre a Audiência Pública da Saúde. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>.

De acordo com a tabela, acima, foi discutido um significativo arco de problematizações atinentes à judicialização da saúde no Brasil: desde a excessiva judicialização até o impacto dos custos do direito, passando pela competência interfederativa e seus reflexos sobre a política pública.

Esse debate prossegue no segundo episódio da quarta fase de julgamento do STF em relação ao direito à saúde: o agravo regimental impetrado pela União na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175 – AgR na STA 175/CE, julgado em 2010.

A paradigmática decisão apresentada pelo AgR na STA 175 configura-se como o primeiro grande julgado após os questionamentos suscitados na Audiência Pública sobre a Judicialização da Saúde e, por este motivo, é citada na maioria das decisões correlatas proferidas por outros tribunais superiores do Brasil, servindo

como uma espécie de bússola orientadora dos destinos dos julgados em torno da judicialização da saúde até os dias de hoje.

Podemos resumir o voto do ministro e então Presidente do STF, Gilmar Mendes, como relator da STA 175-AgR/CE (2010), em cinco parâmetros basilares para determinação de decisões judiciais a respeito da judicialização da saúde: (1) existência da repartição de competências dos entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios - com o escopo da dispensação de medicamentos, relacionando-os com a descentralização da política de assistência farmacêutica; (2) o Judiciário deve intervir para o cumprimento das políticas públicas no caso de omissões ou prestação ineficiente por parte do Executivo; (3) registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, como condição imprescindível para o fornecimento do medicamento pleiteado; (4) o Estado não será obrigado a fornecer medicamentos e tratamentos classificados como experimentais, ou seja, que ainda não passaram pelo crivo do critério clínico exigido para comercialização e disponibilização; (5) tratamentos e medicamentos ausentes de regulação pela política pública de saúde mas já comercializados pelo setor privado, podem ser ofertados à população desde que seguidos de ampla instrução probatória e com reduzida possibilidade de deferimentos cautelares (Oliveira, 2019; Ferraz, 2019).

Um dos principais reflexos da STA 175 – AgR/CE ocorreu na recente decisão publicada pela 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) de 2018 no Recurso Especial – REsp n.º 1.657.156/RJ – Tema 106 – “Obrigação do Poder Público de fornecer medicamentos não incorporados, através de atos normativos, ao Sistema  nico de Saúde”. Nessa ocasião, foram fixados critérios para a Justiça decidir sobre a aquisi o de medicamentos não regulamentados pelo SUS.

Os critérios elencados pelo STJ no Tema 106 para a aquisi o de medicamentos ou tratamentos de alta complexidade foram os seguintes: a) comprova o, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido pelo médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da eficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da enfermidade; b) incapacidade financeira do paciente arcar com o custo do medicamento prescrito — critério da hipossuficiência; e c) existência de registro do medicamento na respectiva agência reguladora – ANVISA.

Por fim, para concluir a quarta fase de julgamentos da Suprema Corte, aponta-se o terceiro e último episódio que colaborou para a consolida o da Medicina Baseada em Evidências – MBE: as atividades do Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde, ou simplesmente Fórum da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituído pela Resolu o n.º 107, de 06 de abril de 2010, também no rastro da Audiência Pública sobre Judicializa o da Saúde, e da STA 175-AgR/CE.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) transformou-se em importante instituição para a avaliação e discussão de critérios científicos em relação aos julgamentos sobre a judicialização da saúde com a criação do Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde, com seus respectivos Comitês Estaduais da Saúde, incentivo à capacitação de juízes sobre o direito sanitário pelas Escolas de Magistratura do Brasil, publicação de Recomendações e Resoluções e criação de varas especializadas sobre o direito à saúde, todas amparadas por pareceres e relatórios redigidos conforme a Medicina Baseada em Evidências – BEM, pelos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NAT/JUS, culminando, por fim, na realização de sua própria audiência pública para debater os principais temas sobre o direito à saúde (Vasconcelos, 2020).

A Tabela 3 demonstra-nos os principais avanços normativos promovidos pelo Fórum da Saúde constituído pelo CNJ:

TABELA 3 Principais Avanços Normativos Promovidos pelo Fórum da Saúde – Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

PRINCIPAIS AVANÇOS NORMATIVOS PROMOVIDOS PELO FÓRUM DA SAÚDE – CNJ	FINALIDADE
Portaria n.º 650, 20/11/2009 – GT	Elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.
Recomendação n.º 31, 30/03/2010	Traçar diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde.
Resolução n.º 107, 06/04/2010	Instituir o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde – Fórum da Saúde.
Recomendação n.º 36, 12/07/2011	Recomendar aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito nas demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar.
Recomendação n.º 43, 20/08/2013	Recomendar a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar.
Resolução n.º 238, 06/09/2016	Dispor efetivamente sobre a criação e manutenção pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais de Saúde, bem como a criação de NAT-JUS, e estabelecer regras para a especialização de vara para tratar de ações relativas à Saúde, em comarcas com mais de uma vara da Fazenda Pública.
Audiência Pública 11/12/2017	Judicialização da Saúde – 30 palestrantes dos mais diversos perfis e opiniões debatendo o direito à saúde no Brasil.

Fonte: Elaboração própria com base no sítio eletrônico do CNJ. <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/forum-da-saude-2/>>

Diante do descrito acima, ao abordar descritivamente as fases de decisão do Supremo Tribunal Federal em relação ao fenômeno da “Judicialização da Saúde”, desde o momento de “não-ativismo” até a consolidação de requisitos científicos para o sucesso da demanda em prol da consolidação do direito à saúde — passando pelo debate dos custos dos direitos — trazemos para o debate elementos inovadores que possibilitam aos estudiosos do tema uma visão mais acurada do percurso da judicialização da saúde no Brasil; como fornecemos aos estudiosos e gestores da política de saúde perspectivas que permitem correlacionar essas fases sobre impactos da decisão judicial nos processos organizativos e gerenciais.

A seguir, analisaremos as consequências da judicialização da saúde no Brasil na política pública de saúde visando seu correspondente aperfeiçoamento.

7. Consequências da Judicialização da Política Pública de Saúde no Brasil

A primeira consequência refere-se à ausência de efetividade da supracitada Audiência Pública sobre a Saúde, realizada pelo STF em 2009. Um dado importante relatado por Santos, Delduque e Mendonça (2015) — é de que somente 20% (vinte por cento) dos argumentos e ideias centrais discutidos na Audiência Pública foram utilizados em julgamentos posteriores da Suprema Corte e das regulamentações promovidas pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ: “Os 63 discursos analisados originaram 705 argumentos, dos quais apenas 20% foram considerados ‘fortes’ e 564 (80%) foram ‘não fortes’, isto é, não causaram impacto nas decisões posteriores do STF e do CNJ...” (Santos, Delduque, Mendonça, 2015, p. 186).

Ainda, segundo Asensi e Pinheiro (2015), além da escassa menção à Audiência Pública realizada pelo STF em 2009, há parca referência às Recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), especialmente as Recomendações de n.º 31 e 36,¹² que sugerem estratégias sobre como os juízes devem lidar com a temática da judicialização da saúde tanto pública quanto suplementar, como também raríssimas referências em relação ao desenvolvimento desse debate em importantes instâncias como o Fórum da Saúde do CNJ e os Comitês Estaduais de Saúde organizados nas 27 unidades federativas do Brasil.

Outra consequência da judicialização excessiva da política pública de saúde no Brasil diz respeito às decisões administrativas e judiciais que omitem a participação popular subsumida em forma de debates, discussões e deliberações nas instâncias consultivas e deliberativas da política pública de saúde, tais como Conselhos — municipais, distrital, estaduais e federal — e Conferências, em explícito desacordo ao que consta na alínea “d” do item I da Recomendação CNJ n.º 31, de 30

12. Recomendação n.º 31, de 30/03/2010. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>>. Acesso em 02 jun. 2020. E Recomendação n.º 36, de 12/07/2011. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=847>>. Acesso em 02 jun. 2020.

de março de 2010, que estabelece visitas de magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com fins de conhecimento do funcionamento do sistema.

Nesse aspeto, há um hiato entre o que é a institucionalização do SUS — composta por instâncias de decisão participativa — e o arcabouço das decisões judiciais. Essa constatação é uma informação útil para que no âmbito da Administração Pública essa perspectiva seja considerada na defesa dos interesses públicos e da política de saúde e seus respetivos programas.

Além de fazerem ouvidos moucos à participação popular, outro ponto crítico da judicialização de saúde no Brasil concerne a focalizar as decisões judiciais ao aspeto eminentemente curativo das demandas que se refletem em pautas como medicamentos, tratamentos cirúrgicos, próteses, órteses; secundarizando, dessa maneira, aspetos preventivos, tais como acesso à vacinação, exames preventivos e atenção básica contrariando, assim, o próprio Art.º 198, inciso II, da Constituição Federal, que essencialmente prevê atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Ferraz, 2019; Oliveira, 2019).

Essa perspectiva assinala como os elementos de lógica sistêmica que permeia o desenho do SUS nem sempre são considerados em sede de decisão judicial. Assim, uma pergunta importante a se fazer é: como os impactos da judicialização ressignificam as políticas de saúde.

Sublinha-se que a maioria das ações no âmbito da judicialização da saúde tratam apenas sobre casos de micro justiça — demandas individuais e não coletivas, inexistindo qualquer tipo de preocupação por parte dos operadores de direito, especialmente magistrados, sobre as consequências para a política pública e, principalmente, sobre o custo orçamentário e financeiro da concretização do direito individual à saúde, ignorando, dessa forma, os desdobramentos sobre o ponto de vista da macro justiça.

Questão primordial — e quase um tabu — sobre as consequências da judicialização da saúde no Brasil diz respeito à criminalização dos gestores da política pública. De acordo com Schulze e Neto (2015), algumas decisões judiciais são preocupantes por gerarem uma insegurança jurídico-política para os membros integrantes do Poder Executivo, que possuem como objetivo central executar a concretização e efetivação da política pública para a totalidade dos cidadãos. A criminalização da gestão, resultado da má judicialização, é destacada pelos autores (Schulze & Neto, 2015) em seus seguintes aspetos:

- 1) Decisões judiciais que decretam a prisão do gestor público ou bloqueio de sua própria conta bancária pessoal em razão de descumprimento de decisões judiciais, por exemplo, as que determinam fornecimento de medicamentos não disponibilizados pelo SUS ou urgente transferência para Unidade de Terapia Intensiva – UTI em hospital de referência;

- 2) Em relação à possível prisão dos gestores públicos, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao se pronunciar em matéria de Habeas Corpus — HC 266948/SE, de 2015 e HC 45139/RJ, de 2006^[13] — compreendeu que juiz da área cível (área que inclui o direito à saúde) não possui competência para decretar prisão por descumprimento de ordem judicial;
- 3) E, em se tratando de determinação da área criminal, destaca-se que o crime de desobediência é previsto como crime de menor potencial ofensivo, pois sua pena varia de 15 dias a 6 meses de detenção e multa, conforme Art.º 330 do Código Penal (CP) brasileiro, caracterizando-se como uma forma de atipicidade da conduta, respeitando o princípio da intervenção mínima e a interpretação de que o direito penal deve sempre ser considerado como *ultima ratio*. Além da Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais — Lei n.º 9.099, de 1995, dispor de medidas despenalizadoras como a transação e a suspensão condicional do processo;
- 4) E, por último, ainda sobre a criminalização dos gestores da política pública, em caso de condenação, após o término do processo penal, observado o contraditório e a ampla defesa, também não haveria a decretação da prisão diante da possibilidade de substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos — prestação pecuniária ou prestação de serviços à comunidade ou a entidades públicas.

Frente a essas críticas, principalmente em relação a um recrudescimento da criminalização da gestão de política pública, passaremos a enumerar alternativas às consequências de um certo excesso de judicialização da política pública de saúde, com o fulcro principal de aperfeiçoá-la para sua melhor eficiência e efetividade perante à sociedade.

8. Alternativas para o Aperfeiçoamento da Judicialização da Política Pública de Saúde no Brasil

Considerando as ideias desenvolvidas até o momento, apresenta-se a seguir — em apertada síntese — algumas propostas que buscam enfrentar o debate sobre a judicialização das políticas públicas de saúde, destacando o ativismo político frente ao ativismo judicial de nossos tempos, resumindo-se nos seguintes aspectos:

- 1) Prioridade das ações judiciais coletivas, com rigor analítico na interpretação dos pleitos deduzidos judicialmente, ampliação do diálogo

13. HC 266948/SE, Relator Ministro Nefi Cordeiro, Sexta Turma, j. 05/02/2015, DJe 20/02/2015 e HC 45139/RJ, Relator Ministro Hamilton Carvalhido, Sexta Turma, j. 18/10/2005, DJ 06/02/2006 p. 358.

entre o Sistema de Justiça e o Sistema de Saúde, com amplo incentivo à mediação, conciliação e arbitragem sanitárias (Schulze; Neto, 2015), (Delduque; Castro, 2015);

- 2) Fortalecimento da participação popular, prestigiando os debates, discussões, diretrizes, propostas e moções realizadas pelas instâncias participativas e deliberativas da política pública de saúde — Conselhos, Conferências, Comitês e Câmaras; e que sejam, conseqüentemente, reverberadas para os espaços de decisão, sejam estes pertencentes ao Executivo, Legislativo ou Judiciário, com o intuito de contribuir com a melhora de sua eficiência, eficácia e efetividade para o melhor atendimento da população;^[14]
- 3) Melhorias na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu aparato normativo — desde a Constituição Federal até decretos, portarias e resoluções da área, passando pela Lei Orgânica da Saúde – LOS^[15] — dialogando com integrantes dos órgãos de controle, tais como Controladoria Geral da União (CGU) e Tribunal de Contas da União (TCU), apostando prioritariamente em iniciativas de desburocratização com auxílio da “Revolução Digital 4.0” de informatização tecnológica (Oliveira, 2019; Vasconcelos, 2020).
- 4) Estabilização do orçamento sanitário com a efetivação de medidas constitucionais, como taxaçaõ das grandes fortunas, incremento do imposto sobre heranças e auditoria da dívida pública, além de repensar critérios para isenções e desonerações fiscais a grandes grupos privados. Outro desafio é a revisão ou revogaçaõ da Emenda Constitucional que impõe o teto dos gastos na política pública de saúde no Brasil – EC n.º 95, de 2016,^[16] que, segundo Vieira e Benevides (2016) poderão retirar do Sistema Único de Saúde (SUS) algo em torno de R\$ 400 bilhões nos seus vinte anos de vigência.^[17]

14. As diretrizes, propostas e moções aprovadas pelos delegados presentes na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019, em Brasília, capital do Brasil, podem ser conferidas na Resolução CNS n.º 617, de 22 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1FoBYTndvh8Z59XXmUAFDZ8PQIrcVngg/view>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

15. Lei Orgânica da Saúde – LOS: Lei n.º 8.080, de 19/09/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 jun. 2020.

16. Emenda Constitucional n.º 95, de 15/12/2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em 02 jun. 2020.

17. Somente nos primeiros dois anos de vigência da Emenda citada, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro já perdeu 9 bilhões de reais (Santos; Funcia, 2019).

Resumimos, dessa forma, quatro pontos para apresentação de um programa mínimo como alternativa para a melhoria da judicialização no Brasil, sempre privilegiando o diálogo entre os operadores do Direito no Sistema de Justiça com os gestores da política pública no Sistema de Saúde.

9. Considerações Finais

Este texto apontou aspectos relacionados ao desenvolvimento legal-normativo no debate em torno da judicialização da política pública de saúde no Brasil, destacando, de modo inovador, quatro fases de decisão da mais alta corte — o Supremo Tribunal Federal — e suas principais consequências na formação do nosso direito à saúde.

Entretanto, ainda que muitos dos argumentos estejam lastreados no que há de melhor nos critérios balizadores da atual Medicina Baseada em Evidências (MBE), ainda há consideráveis problemas — de cunho orçamentário e de efetividade nas resoluções — que culminam em um atual quadro de esgotamento do modelo de judicialização da saúde no Brasil e conseqüente criminalização da gestão da política pública.

A judicialização da saúde não é direcionada com o intuito de resolver os principais problemas do sistema público de saúde no Brasil. De maneira inconsciente ou não, a judicialização dessa política pública não enfrenta o subfinanciamento, o sub-desempenho e as desigualdades da atenção básica, do fornecimento regular de medicamentos essenciais ou os determinantes sociais da saúde, sentidos tragicamente pelos mais vulneráveis. As críticas ao seu excessivo intervencionismo na política pública colocam em xeque seu regular procedimento em nosso Estado Democrático de Direito.

Frente a essa mencionada crise, só mesmo um esforço conjunto entre os membros integrantes do Sistema de Justiça e do Sistema de Saúde com o objetivo de coordenar melhor os esforços para efetivação de direitos e garantias fundamentais de cunho sanitário, respeitando sobremaneira as instâncias deliberativas e participativas dessa política pública primordial em um país tão marcadamente desigual como o Brasil.

Para esse intuito, depois de descrevermos detalhadamente as quatro fases de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no Brasil, destacamos quatro alternativas para uma breve proposição visando a melhoria da judicialização da saúde nos seguintes aspectos: mais decisões coletivas, respeito à democracia participativa — princípio inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS), gestão responsável e transparente e orçamento condizente com um sistema universal com o escopo de se evitar o desfinanciamento crônico.

Somente com a sensibilidade institucional de reconhecer o avanço nas quatro fases de decisão do STF, combinados com uma postura crítica e alternativa à excessiva judicialização da saúde, podemos inquirir pela junção entre o direito à saúde judicializado e o direito à saúde constitucionalizado, nas melhores tradições dos mais de 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Referências

- Barroso, L. R. (2017). *A Judicialização da Vida: e o papel do Supremo Tribunal Federal*. Belo Horizonte: Fórum.
- Código Penal – Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. <Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>.
- Conselho Nacional de Justiça. Portaria n.º 650, de 20 de novembro de 2009. Grupo de Trabalho (GT) do Fórum da Saúde (CNJ). Retrieved from <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=496>>.
- Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n.º 31, de 30 de março de 2010. Retrieved from <http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010-presidencia.pdf>.
- Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n.º 36, de 12 de julho de 2011. Retrieved from: <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/rec_omendacao_36_12072011_22102012170026.pdf>.
- Conselho Nacional de Justiça. Resolução n.º 107, de 06 de abril de 2010. Retrieved from <<https://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>.
- Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n.º 43, de 20 de agosto de 2013. Retrieved from <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=1823>>.
- Conselho Nacional de Justiça. Resolução n.º 238, de 06 de setembro de 2016. Retrieved from: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=2339>>.
- Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 2020.
- Costa, F.; motta, I.; Araújo, D. (2017). Aparecida de. Judicialização da Saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. 7(3). Brasília: UniCEUB. Retrieved from: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/File/4809/3640>>.
- Delduque, M. C.; Castro, E. V. (2015) A Mediação Sanitária como Alternativa Viável à Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 39(105), 506-513.
- Dworkin, R. (2010) *Uma Questão de Princípio*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferraz, O. L. M. (2019) Para Equacionar a Judicialização da Saúde no Brasil. *Revista Direito GV*, 15(3), FGV Direito SP. Retrieved from: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/80712>>.
- Holmes, S.; Sunstein, C. R. (2019). *O Custo dos Direitos: por que a liberdade depende dos impostos*. (M. Brandão Cipolla Trans.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Moreira, A. M. (2011). *As Restrições em Torno da Reserva do Possível: uma análise crítica*. Belo Horizonte: Fórum.

- Moraes, I. S. (2016) *Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?* (Master Dissertation – Universidade de Brasília (UnB)), Brasília. Retrieved from <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/22488>>.
- Oliveira, V. E. (2019). *Judicialização de Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, V. E. (2019) Caminhos da Judicialização do Direito à Saúde. In V.E. Oliveira. *Judicialização de Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, V. E.; Couto, C. (2016). Politização da Justiça: quem controla os controladores? *Encontro Nacional da ANPOCS, 40*, Caxambu.
- Planalto. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Retrieved from <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
- Planalto. Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Retrieved from <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.
- Pedron, F. Q.; Neto, J. C. D. (2018) Transformações do Entendimento do STF sobre o Direito à Saúde. *Revista de Informação Legislativa: RIL, 55*(218), 99-112. Retrieved from <https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/55/218/ril_v55_n218_p99.pdf>.
- Reissinger, S. (2007) *Reflexões sobre a efetividade dos direitos fundamentais sociais*. 2007. Retrieved from: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/simone_reissinger.pdf>.
- Ribeiro, K. D.; Vidal, J. P. (2018). Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 7*(2), 239-261. Brasília. Retrieved from <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/493/548>>, on June 02, 2020.
- Santos, A. O.; Delduque, M. C.; Mendonça, A. V. M. (2015). Os Discursos na Audiência Pública da Saúde e seu Impacto nas Decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. *Saúde e Sociedade, 24* (1), 184-192. São Paulo. Retrieved from <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00184.pdf>>.
- Santos, A. O.; Marques, S. B. (2014). A Abordagem de Aspectos Jurídicos na Audiência Pública de Saúde do Supremo Tribunal Federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 3*(3). Brasília. Retrieved from <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/50/95>>.
- Santos, L; Funcia, F. (2019). *Emenda Constitucional 95 Fere o Núcleo do Direito à Saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Retrieved from <<https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>.
- Schulze, C. J.; Neto, J. P. G. (2015) *Direito à Saúde – Análise à Luz da Judicialização*. Porto Alegre: Verbo.
- Superior Tribunal de Justiça. HC 266948/SE, Relator Ministro Nefi Cordeiro, Sexta Turma, j. 05/02/2015, DJe 20/02/2015.
- Superior Tribunal de Justiça. HC 45139/RJ, Relator Ministro Hamilton Carvalhido, Sexta Turma, j. 18/10/2005, DJ 06/02/2006.

- Superior Tribunal de Justiça. Tema 106 – Obrigatoriedade do Poder Público de Fornecer Medicamentos Não Incorporados em Atos Normativos do SUS. Retrieved from <http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp>.
- Supremo Tribunal Federal. STF – Audiência Pública da Saúde. Retrieved from <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>.
- Supremo Tribunal Federal. STF - Agravo de Regimento no Recurso Extraordinário – RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ 24.11.2000. Retrieved from: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>.
- Supremo Tribunal Federal. STF – Agravo de Regimento em Suspensão de Tutela Antecipada - STA 175/AgR-CE. Retrieved from <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>.
- Supremo Tribunal Federal. STF - Agravo no Regime Extraordinário – Ag no RE 639.337/SP Relator: Min. Celso de Mello. J. 23/08/2011. DJ. 15/09/2011. Retrieved from <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=627428>>.
- Supremo Tribunal Federal. STF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF: 45 DF, Relator: Min. Celso de Mello, j. 29/04/2004; DJ 04/05/2004. Retrieved from <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>.
- Supremo Tribunal Federal. STF – Petição – Pet:1.246 SC, Relator Min. Celso de Mello, j.02/02/1999; DJ 13/02/1997. Retrieved from <http://redir.stf.jus.br/pagina_dorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=325774>.
- Supremo Tribunal Federal. STF - Suspensão de Tutela Antecipada – STA n.º 91/AL, Relator: Min. PRESIDENTE, J. 26/02/2007. DJ 05/03/2007. Retrieved from <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2466232>>.
- Tate, N. (1995). *The Global Expansion of Judicial Power*. Vallinder, T. (Ed.). New York: New York University Press.
- Torres, R. L. (2008) O direito à saúde, o mínimo existencial e a Defensoria Pública. *Revista da Defensoria Pública do Estado de São Paulo*, 265-277. São Paulo.
- Vasconcelos, N. P. (2020). Solução do Problema ou Problema da Solução? STF, CNJ e a Judicialização da Saúde. *Revista Estudos Institucionais*, 6(1), 83-108. Retrieved from <<https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/461/477>>.
- Vieira, F. S.; Benevides, R. (2016). O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10(3). Brasília.
- Wang, D. W. L. (2020) Escassez de Recursos, Custos dos Direitos e Reserva do Possível na Jurisprudência do STF. *Revista Direito GV*, 4(2), 539-568. Retrieved from: <<http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v4n2/a09v4n2.pdf>>.

