

O POSICIONAMENTO DOS TRIBUNAIS SUPERIORES DIANTE DAS CONTROVÉRSIAS QUE ENVOLVEM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

HIGHER COURT'S POSITION IN FACE OF THE CONTROVERSIES THAT INVOLVE THE JUDICIALIZATION OF SUS'S HEALTH

LETÍCIA DE SOUSA MESSIAS¹

RESUMO

O presente estudo analisará o embate que envolve a judicialização da saúde, qual seja, as necessidades dos indivíduos que buscam o atendimento dos seus direitos constitucionalmente tutelados em contraposição aos limites orçamentários que devem ser observados para o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, fez-se necessária a intervenção do Poder Judiciário como responsável pela realização da ponderação entre os pontos controversos que envolvem tais demandas. Será analisada a forma pela qual foi construído os entendimentos dos Tribunais Superiores, bem como decisões recentes que envolvem a temática. A delicada situação de realizar juízo de ponderação nas demandas que envolvem a garantia do direito à saúde deve ser guiada pela observância da real necessidade do indivíduo, bem como das comprovações técnicas que embasam a solicitação.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Poder Judiciário. Direitos. Sistema Único de Saúde. Tribunais Superiores.

ABSTRACT

This study will analyze the question that involves the judicialization of health, that is, the individuals' needs who look for care of their constitutionally protected rights, as opposed to the budgetary limits that must be observed for the functioning of the Unified Health System. It became necessary to intervene by the Judiciary as responsible for the controversial points' consideration that involve such demands. The study will analyze the way in which the understandings of the Superior Courts have been constructed, as well as recent decisions that involve the subject. The delicate situation of judging the demands that involve the guarantee of the right to health must be guided by the observance of the real need of the individual, as well as the technical evidence that supports the request.

KEYWORDS: Health. Judiciary. Rights. Unified Health System. Superior Courts.

INTRODUÇÃO

O advento da judicialização da saúde ocorre diante do embate existente entre o direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e à vida, constitucionalmente consagrados, e os limites orçamentários dos entes estatais responsáveis pela sua promoção e proteção.

¹ Graduada em Direito pela Universidade de São Paulo (FDRP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: leticiamessias@usp.br.

Resta inquestionável que a máquina estatal não é capaz de absorver, por meio do Sistema Único de Saúde, a totalidade das demandas que visam a consagração do bem estar dos cidadãos, panorama intimamente relacionado à escassez de recursos destinadas aos entes.

No contexto de embate entre direitos fundamentais e a reserva do possível, ocorre o advento da ação do Poder Judiciário, como meio destinado a assegurar o acesso dos indivíduos aos direitos tutelados constitucionalmente.

Diante da crescente demanda envolvendo a judicialização da saúde, no âmbito do ativismo do judiciário, é necessária a estipulação de parâmetros a serem seguidos, bem como de requisitos a serem observados, oportunidade na qual resta imprescindível a observância dos relevantes entendimentos desenvolvidos nos Tribunais Superiores que regem a jurisprudência.

Nesse sentido, o presente estudo se prestará à análise do entendimento delineado pelos Tribunais Superiores a respeito da judicialização da saúde, especificamente o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF).

Sobre a atuação dos Tribunais Superiores nas questões relativas à temática expôs Pivetta,

Os programas de ação estatal não mais configuram mera promessa inconsequente – uma vez formulados em sintonia com as disposições constitucionais, obrigam o gestor a executá-las. Assim, a imposição de obrigação de fazer nesses casos, em que existente a política pública, não configura qualquer interferência indevida do Poder Judiciário em outros Poderes, pois o julgador apenas estará determinando que o administrador público retome (ou re programe) as ações necessárias à concretização das normas da Constituição (2014, p.134).

Assim, diante da atuação do judiciário com o intuito de estabelecer diretrizes para a judicialização da saúde, será analisada a Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, a qual teve como relator o Ministro Gilmar Mendes, tendo em vista a sua relevância como análise que impulsionou atuação de forma mais ativa do Supremo Tribunal Federal no que diz respeito à temática.

Com isso, as disposições apresentadas no item mencionado terão como embasamento análises retiradas da supracitada decisão, diante da relevância da análise realizada, ao passo que serviu como embasamento para formulação do entendimento do Supremo Tribunal Federal.

Posteriormente, em decorrência da análise realizada, serão delineados os aspectos da Audiência Pública nº 04, convocada com o intuito de promover discussão a respeito da judicialização da saúde.

Assim, a análise realizada no segundo tópico terá como primaz embasamento o entendimento do Ministro Gilmar extraído a partir da análise das conclusões da Audiência Pública, as quais foram delineadas na STA nº 175 como justificativa para a tomada de decisão.

A partir do exposto, no presente momento, o objetivo é explicitar que os entendimentos apresentados no presente trabalho possuem embasamento especificamente no voto do Ministro Gilmar Mendes, relator do caso, apresentado na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175.

Em última análise serão verificados os julgamentos mais recentes que envolvem a judicialização da saúde e que estão sendo objeto de análise pelo Supremo Tribunal Federal por meio dos Recursos Extraordinários nº 566.471 e nº 657.718, oportunidade em que serão apresentados no respectivo tópico os argumentos apresentados nos votos dos Ministros Luís Marco Aurélio, Roberto Barroso e Edson Fachin, nessa ordem.

Posteriormente, será analisado o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156, a partir do que os argumentos apresentados terão como escopo tal julgamento.

Com isso, é possível vislumbrar a fonte da qual é oriunda cada uma das discussões delineadas no presente estudo.

1. SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA Nº 175

Diante de toda a temática abarcada, evidente a necessidade de manifestação dos Tribunais Superiores com o intuito de dirimir os embates que abarcam a judicialização da saúde.

Com isso, inicialmente será explanado o entendimento do Supremo Tribunal Federal a respeito da judicialização da saúde por meio do disposto na STA nº 175², diante da sua relevância na introdução da discussão no âmbito do Supremo Tribunal Federal.

Cumprе salientar que a discussão gira em torno do Agravo Regimental interposto pela União em face de decisão da Presidência do STF, diante do indeferimento da suspensão da tutela antecipada, o que consequentemente manteve o dever de concessão de medicamento de alto custo pelo poder público. Assim, foi mantida a decisão da 1ª Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, na Apelação Cível nº 408729/CE.

Em sua origem, a discussão analisa a concessão de medicamento para jovem de vinte e um anos portadora na patologia NIEMANN-PICJ TIPO C, sob a alegação de que a utilização do medicamento ZAVESCA poderia alongar o seu tempo de vida.

A despeito da utilização pela União do argumento de que não haveria registro na ANVISA do medicamento, o Ministro Gilmar Mendes alegou que em consulta ao sítio da ANVISA verificou a presença do ZAVESCA, sendo que a sua indicação foi devidamente realizada por profissional habilitado.

² Serão relatados os argumentos trazidos no relatório e na decisão proferida no Agravo Regimental interposto pela União em face da Presidência do STF, diante do indeferimento da suspensão da tutela antecipada em consonância com o entendimento exposto pela Procuradoria Geral da República. A íntegra do conteúdo está disponível em <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

Em seu voto o ministro relatou ainda o embate existente entre a guarida conferida pelo direito constitucional e sua relação com o direito público subjetivo e a prestação positiva do Estado. Posto isso embasou seu entendimento:

As divergências doutrinárias quanto ao efetivo âmbito de proteção da norma constitucional do direito à saúde decorrem, especialmente, da natureza prestacional desse direito e da necessidade de compatibilização do que se convencionou denominar “mínimo existencial” e “reserva do possível” (Vorbehalt des Möglichen) (SS 3751, Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes, DJ 27.04.2009).

Assim, não é possível limitar a atuação estatal à proteção insuficiente para a manutenção da saúde, a despeito da necessidade de limitar os excessos, aspecto que deve ser levado em consideração no momento da realização de escolhas alocativas.

Os diferentes pontos de vista foram sistematizados ao passo que, conforme relatado pelo Ministro, parte da doutrina entende que as normas responsáveis pela consagração de direitos sociais são programáticas, dependendo assim, de políticas públicas para que possam ser exigidas. Em contrapartida a tal entendimento, tem-se que é necessária a intervenção do Judiciário diante da omissão estatal, fato que gera discussão em relação à separação dos poderes e a relação com o princípio da reserva do financeiramente possível.

O ministro ressaltou ainda em seu voto a gama de profissionais envolvidos na análise da temática e a conseqüente tensão oriunda dos executores de políticas públicas e os seus elaboradores diante da atuação do judiciário com o intuito de garantir a sua efetivação.

Na oportunidade descrita, o Ministro Gilmar Mendes analisou as disposições do artigo 196 da Constituição Federal de forma detalhada.

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. (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, o primeiro elemento analisado foi o direito à saúde como “direito de todos”, ao passo que o direito à saúde possui tanto aspecto individual quanto coletivo, uma vez que cada um dos indivíduos deve obter a tutela estatal e a generalidade das pessoas deve ter acesso às políticas públicas.

O viés individual da tutela do direito à saúde foi inclusive destacado por análise do Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE nº 271.286-8/RS:

a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (CF, art. 197)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço. (AgR-RE N. 271.286- 8/RS, Rel. Celso de Mello, DJ 12.09.2000).

No que diz respeito à saúde como direito de todos ficou consignado que a sua análise de forma individual está condicionada ao comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde, conforme concluído no voto do ministro relator.

A segunda temática diz respeito ao “dever do Estado”, entendimento já delineado, qual seja, o fato de todos os entes estatais responderem pelas políticas públicas de manutenção do direito à saúde. No voto em análise foi mais uma vez delineada a responsabilidade comum dos entes da federação no que diz respeito aos esforços que devem ser dispendidos para a manutenção do direito à saúde, a partir do que foram estabelecidas diretrizes sobre o tema como direção administrativa única em cada nível de governo; descentralização político administrativa; atendimento integral, com preferência para as atividades preventivas; e participação da comunidade.

A terceira questão é relativa ao fato de ser “garantida mediante políticas sociais e econômicas”, elemento que trata de aspectos alocativos, o que é possível mediante políticas públicas.

O quarto elemento analisado pelo Ministro Gilmar Mendes foi “políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”, elemento que evidencia o aspecto preventivo para a manutenção do direito à saúde.

Conforme preleciona Pivetta (2014, p.231) o artigo 198, inciso II da Constituição Federal expõe esse mesmo entendimento, diante da necessidade de estipulação de medidas preventivas.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (BRASIL, 1988)

O quinto elemento analisado consistiu nas “políticas que visem o acesso universal e igualitário”. Nesse sentido, é reforçada a principiologia que rege a atuação do Sistema Único de Saúde, diante da necessidade de tratamento equânime entre os indivíduos, sem a possibilidade de concessão de privilégios no que diz respeito à tutela do direito fundamental à saúde.

A última questão analisada pelo ministro foi “ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, ao passo que explicitou a existência de políticas públicas, com isso, evidenciou que o problema na efetivação do direito à saúde está relacionado à execução das políticas públicas, diante da sua prévia existência.

Diante do exposto, com o intuito de debater a temática que envolve a atuação do judiciário na tutela do direito fundamental à saúde o Ministro Gilmar Mendes optou pela convocação da

Audiência Pública nº04, com o objetivo de vislumbrar a problemática por meio da análise de profissionais de diferentes áreas.

Com isso, é cristalina a relevância da STA nº 175 no que diz respeito ao debate inserido no Supremo Tribunal Federal a respeito da judicialização da saúde.

2. AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 04

Diante do empasse que envolve a judicialização da saúde nos dias 27,28 e 29 de abril e 4,6 e 7 de maio de 2009 ocorreu uma audiência pública com o intuito de buscar soluções para a questão.

Sobre a temática dispõe Machado,

A audiência pública é coerente com a visão democrática de Estado, em que a voz dos cidadãos deve ser considerada quando da tomada de decisões. O debate livre e participativo dos diversos setores envolvidos – médicos, gestores públicos, acadêmicos e usuários do Sistema Único de Saúde – permite que entendimentos diferentes, muitas vezes conflitantes, sejam defendidos e analisados no intuito de possibilitar reflexão conjunta sobre determinado tema, conferindo transparência e legitimidade (2014, p.02).

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal, na posição de responsável pela interpretação e validação constitucional da legislação do país, sentiu-se no dever de manifestar a respeito das políticas de ação afirmativa, como a judicialização da saúde. Com isso, o STF adotou as Audiências Públicas como forma de cumprir o papel que lhe foi designado (SANTOS; DELDUQUE, 2014, p.396).

No que diz respeito especificamente à Audiência Pública nº04 insta destacar que as justificativas para a sua realização, conforme disposto por Santos e Delduque foram:

a) A grande quantidade de processos referentes à efetivação do direito à saúde em trâmite pelos tribunais brasileiros; b) A necessidade de disponibilizar aos tribunais brasileiros subsídios para suas decisões; e, c) a falta de uniformidade nas decisões judiciais, a violação de ritos processuais e o excesso de concessões de solicitações liminares associadas a argumentos que remetem à ineficiência, ineficácia ou omissão do Estado (2014, p. 399).

A partir da análise realizada o Ministro Gilmar Mendes, tomando como escopo o artigo 196, da Constituição Federal de 1988, que dispõe em sua literalidade que são necessárias “ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, convocou uma Audiência Pública com o intuito de ouvir especialista em matéria de Saúde Pública, tendo em vista que a temática vai além da delimitação da área jurídica, para, com isso, estabelecer um parâmetro para as decisões.

Conforme prelecionam Santos e Delduque (2014, p.401), o Estado é responsável pela efetivação de direitos fundamentais, motivo pelo qual é possível a formulação do pleito judicialmente. Assim o Poder Judiciário é o responsável por apresentar respostas às problemáticas políticas.

O primaz objetivo da Audiência Pública era “definir se e como e em que medida o direito constitucional à saúde se traduz em um direito subjetivo público a prestações positivas do Estado, passíveis de garantia pela via judicial” (PIVETTA, 2013, p.229).

Dentre as análises extraídas das discussões oriundas da Audiência Pública nº04 o Ministro Gilmar Mendes³ elencou as mais relevantes.

Inicialmente foi evidenciado o fato de que, em sua maioria, a atuação do judiciário ocorre apenas para conferir efetividade às políticas públicas já existentes, a partir do que é questionável o argumento que rechaça a interferência do Poder Judiciário nos demais poderes.

Nesse sentido, caso já exista previamente política do Sistema Único de Saúde em relação ao tratamento ou medicamento pleiteado judicialmente não é possível afirmar que o Poder Judiciário esteja extrapolando as suas atribuições ao conferir efetividade a tais previsões.

Entretanto, dentre as prestações que não possuem previsão no Sistema Único de Saúde ficou estabelecida distinção entre elas “(1) uma omissão legislativa ou administrativa, (2) de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou (3) de uma vedação legal a sua dispensação (SL 319, Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes, DJ 04.11.2009)”.

Inicialmente, por meio dos depoimentos ficou delineado que é vedado à Administração Pública fornecer fármaco que não possua previsão na ANVISA, exceto em casos excepcionais em que poderá ser autorizado pelo órgão.

Entretanto, a despeito de tal disposição em decisão recente do Recurso Extraordinário 657.718⁴ o Ministro Luís Roberto Barroso relativizou a disposição apresentada como conclusão da Audiência Pública.

No caso de medicamentos com eficácia e segurança comprovadas e testes concluídos, mas ainda sem registro na Anvisa, o seu fornecimento por decisão judicial assume caráter absolutamente excepcional e somente poderá ocorrer em uma hipótese: a de irrazoável mora da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior a 365 dias). Ainda nesse caso, porém, será preciso que haja prova do preenchimento cumulativo de três requisitos. São eles: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil; (ii) a existência de registro do medicamento pleiteado em renomadas agências de regulação no exterior (e.g., EUA, União Europeia e Japão); e (iii) a inexistência de substituto terapêutico registrado Anvisa. Ademais, tendo em vista que o pressuposto básico da obrigação estatal é a mora

³ Serão elencadas as conclusões extraídas do voto do Ministro Gilmar Mendes dispostas na STA 175. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiarnoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em 10 fev. 2017.

⁴ O Recurso Extraordinário 657.718 será apresentado detalhadamente e discutido no tópico 1.3 no qual serão analisadas as recentes decisões do Supremo Tribunal Federal a respeito da judicialização da saúde.

da agência, as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União. (STF - RG RE 657718 MG, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 12.03.2012). (BRASIL, 2012)

Posteriormente, foram analisadas as situações em que o tratamento realmente não é abarcado por políticas públicas, foram analisadas as motivações para o não fornecimento do fármaco pelo SUS. Nesse diapasão foi realizada nova divisão, segundo entendimentos expostos pelo Ministro Gilmar Mendes (SL 319, Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes, DJ 04.11.2009): “1º) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; 2º) o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.”

Como conclusão apresentada a respeito do emposse, no voto do ministro, ficou consignado que com o intuito de onerar da forma mais branda possível os entes estatais deve ser verificado, previamente, se o tratamento concedido pelo poder público é ineficaz ou se a política de saúde existente é imprópria.

Com isso, para que seja determinado pelo judiciário tutela diversa da fornecida pelas políticas públicas o indivíduo deve comprovar a ineficiência para o seu caso do tratamento disponível na rede pública.

Existem ainda tratamentos experimentais e não testados pelo Sistema de Saúde Brasileiro, a partir do que o entendimento consignado foi no sentido de que tais fármacos podem ser concedidos apenas no âmbito dos estudos clínicos.

Porém, tal entendimento é relativizado no próprio voto do ministro, segundo o qual, “Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada” (STA 175, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJ 17.03.2010). Assim, diante da mora da tutela estatal em incorporar o tratamento não pode o indivíduo se ver prejudicado.

Diante do exposto, é possível vislumbrar as conclusões obtidas pela Audiência Pública nº04, a partir do que ficaram estipuladas diretrizes com o intuito de dirimir o embate relacionado à judicialização da saúde.

A partir da Audiência Pública nº04 foi formulada a Recomendação nº 31 de 30/03/2010, oportunidade em que foi considerada⁵ a quantidade de demandas envolvendo a assistência à saúde e o dispêndio de proventos públicos, oportunidade em que foi observada ainda a ausência de conhecimento dos magistrados em relação a aspectos clínicos.

⁵ Nessa disposição foram observados os considerandos apresentados na Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010-presidencia.pdf. Acesso em: 12 fev. de 2017.

A discussão realizada na Audiência Pública em relação à quantidade de verba destinada por cada um dos entes da federação à saúde foi delineada com base na Lei Complementar 141/2012, a qual regulamenta o percentual de verba mínima a ser destinado à saúde por cada um dos entes (DELDUQUE; SANTOS, 2014, p.402).

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Com isso, foram delineadas medidas a serem tomadas com o intuito de minimizar a problemática envolvendo a falta de conhecimento dos operadores do direito em relação às questões relativas ao âmbito da saúde, a partir do que ficou consignado pela Recomendação nº 31⁶.

Dentre as propostas apresentadas pela Recomendação nº 31 do CNJ merece destaque a importância conferida à participação de gestores da saúde nas demandas judiciais, diante da necessidade de obtenção de condições adequadas para que o magistrado possa avaliar e julgar o caso concreto (DELDUQUE; SANTOS, 2014, p.407).

A partir do exposto, é possível vislumbrar reflexo da Audiência Pública no âmbito prático, uma vez que a Resolução nº31 foi uma forma de externalizar medidas capazes de amenizar as problemáticas enfrentadas pela interferência do Poder Judiciário no âmbito da judicialização.

Em tal oportunidade foi destacada a questão da carência de informação dos magistrados, o que dificulta a averiguação da necessidade do tratamento pleiteado judicialmente e conseqüentemente a aferição se o pedido é realmente necessário para a manutenção do mínimo existencial do autor da demanda.

3. DISCUSSÕES RECENTES NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL A RESPEITO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Inicialmente cumpre salientar que o objetivo do presente tópico é analisar os entendimentos recentes a respeito da judicialização da saúde, por meio da verificação do posicionamento dos Tribunais Superiores a respeito da temática, a qual possui papel relevante.

Recentemente a temática da judicialização da saúde entrou em pauta nas discussões do Supremo Tribunal Federal por meio do julgamento de recursos extraordinários. Para a sua

⁶ Conteúdo disponível em http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-21-12-2018-corregedoria.pdf. Acesso em: 12 fev. 2017.

interposição, de acordo com o disposto no artigo 1.035 no Código de Processo Civil, fez-se necessário o cumprimento do requisito da repercussão geral, o qual foi delineado em 2007 pela decisão do STF (RE nº 566471, Rel. Min, Marco Aurélio, DJ 07.12.2007), o qual determinou que: "SAÚDE – ASSISTÊNCIA – MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO – FORNECIMENTO. Possui repercussão geral controversa sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo".

Assim, consignado que a questão do fornecimento de medicamentos possui repercussão geral e conseqüentemente cumprido o requisito específico imposto pelo Código de Processo Civil para a interposição de Recurso Extraordinário cumpre analisar o aspecto material propriamente dito.

Em um primeiro momento cumpre expor a problemática do Recurso Extraordinário 566.471⁷, o qual teve como relator o Ministro Marco Aurélio.

Nesse contexto, segundo o relatório dos fatos, diante da problemática descrita o Estado do Rio Grande do Norte questionou o fato de o valor desembolsado para abarcar as demandas relacionadas aos pedidos judiciais ultrapassarem o orçamento destinado a tal finalidade.

A situação em questão diz respeito ao pedido formulado para a concessão de Sildenafil 50 mg, destinado ao tratamento de miocardiopatia isquêmica e hipertensão arterial pulmonar.

A argumentação foi fundamentada no princípio da reserva do possível e na impossibilidade do município abranger por meio dos seus recursos todos os pleitos formulados em relação à concessão de medicamentos e tratamentos.

Com o intuito de possibilitar maior discussão a respeito do empasse, foi admitida a participação de terceiros, quais sejam, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – Anis, da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose – ABRAM, do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, do Defensor Público-Geral da União, dos Estados do Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe, do Distrito Federal e da União.

Diante dos questionamentos gerados, tendo em vista os embates principiológicos que envolvem a questão da judicialização da saúde, diante da repercussão geral da questão, fez-se necessário o pronunciamento do Supremo Tribunal Federal sobre o tema.

⁷ Serão relatadas as argumentações trazidas pelo relatório do Recurso Extraordinário nº 566.471. Insta salientar ainda que o presente recurso foi julgado conjuntamente com o Recurso Extraordinário nº 657.718, tendo em vista que ambos tratam dos medicamentos de alto custo e medicamentos não englobados pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, é trazida a discussão a respeito da concessão de direitos por meio do Estado, através de imposição positiva da atuação do poder público, tendo em vista a existência implícita do direito do cidadão ao mínimo existencial previsto no texto constitucional.

A falta de alcance das políticas públicas frente às necessidades dos indivíduos faz-se necessária a atuação do judiciário com o objetivo de dirimir as injustiças. Existem situações em que a tutela jurisdicional torna-se indispensável, uma vez que em determinados casos a limitação orçamentária não é capaz de delinear o âmbito de incidência dos direitos fundamentais.

Nesse sentido vem sendo o entendimento do Supremo Tribunal Federal, conforme julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada nº175, situação já discutida anteriormente no presente estudo, oportunidade em que ficou consignado que é direito de todo cidadão carente receber medicamentos e tratamentos especializados, cabendo aos entes federativos fornecê-los diante da responsabilidade solidária imposta a eles.

Ainda dentre os argumentos trazidos pelo recurso extraordinário em análise, merece destaque que o objeto ao qual se destina o pedido judicial deve ser medicamento que comprovadamente será eficaz diante da enfermidade, ou seja, não pode ser criada situação de insegurança. Nesse contexto, deve ficar explícita a impossibilidade de substituição do fármaco por similar de menor custo ou até mesmo por medicamento disponível na rede pública de saúde.

Assim, para ficar configurado o dever de tutela estatal foi explicitado no voto, a necessidade de demonstração de ausência de proventos para arcar com os custos do tratamento, não só do autor da demanda, mas também de seus familiares, entendimento que tomou como base o dever de prestação de mútua assistência. A partir de tal comprovação ficará configurada a necessidade de atuação estatal para que seja mantido o mínimo existencial.

Como conclusão ficou estipulado que para ser possível a tutela estatal pela via jurisdicional devem ser preenchidos certos requisitos, conforme exposto:

[...] o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, depende da comprovação da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e dos membros da família solidária, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil (RE nº 566471, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 07.12.2007). (BRASIL, 2007)

Após análise do voto do Ministro Marco Aurélio merece destaque ainda o disposto pelos Ministros Luís Roberto Barroso e Edson Fachin, tendo em vista que posteriormente foi solicitada vista pelo Ministro Teori Zavascki e com o seu falecimento não foi possível a continuidade da análise do caso.

Nesse contexto, o Ministro Luís Roberto Barroso consignou que em relação aos medicamentos incorporados pelo SUS não há dúvidas de que a atuação do Poder Judiciário ocorre apenas para conferir efetividade às políticas públicas já existentes.

Em relação aos medicamentos não incorporados pelo SUS a sua concessão deve ter caráter excepcional, uma vez que não constitui obrigação do estado conceder tais medicamentos.

Com isso, para a concessão de tais medicamentos o ministro propôs a observância de 5 (cinco) requisitos, quais sejam:

(i) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; (ii) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; (iii) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; (iv) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e (v) a propositura da demanda necessariamente em face da União, já que a responsabilidade pela decisão final sobre a incorporação ou não de medicamentos no âmbito do SUS é, em regra, desse ente federativo (RE nº 566471, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 07.12.2007). (BRASIL, 2007)

A despeito dos requisitos apresentados, expôs em seu voto ainda a necessidade de que, em um primeiro momento, seja realizada avaliação por entes com expertise técnica na área da saúde e que posteriormente, em caso de parecer favorável ao fornecimento do fármaco, seja avaliada a possibilidade de incorporação ao SUS, diante da limitação de recursos do poder público.

Tais medidas são necessárias, conforme afirmado pelo ministro, pelo fato do Poder Judiciário não ser a instância adequada para a discussão do tema e para a definição de políticas públicas.

A partir do exposto o ministro afirmou que a questão da judicialização da saúde coloca em contraposição a saúde de quem possui condições de ir ao judiciário e a saúde dos que são invisíveis.

A despeito das conclusões delineadas afirma ainda que é compreensível a busca por solução da lide pelo Poder Judiciário, tendo em vista as estipulações constitucionais que preveem atuação positiva do Estado em tal seara.

Assim, no voto apresentou divisão das temáticas discutidas.

Em um primeiro momento o tópico se dignou a analisar “O esgotamento do modelo tudo para todos. A justiça na distribuição de medicamentos”, oportunidade em que afirmou que não há sistema capaz de arcar com a concessão de todos os medicamentos a todas as pessoas. Além de que a excessiva judicialização vem impedindo que os entes estatais coloquem em prática as políticas públicas existentes, fato que gera desorganização administrativa diante da ineficiência na alocação de recursos e na promoção da seletividade.

Assim, o papel do Estado seria realizar a escolha de investir em determinado medicamento e não investir em outro, o que vai de encontro à perspectiva individualista e elitista construída pela judicialização da saúde, ao passo que ao atender uma demanda individual a coletividade é prejudicada. Nesse contexto, ressaltou ainda a falta de capacidade técnica do judiciário em realizar análise das políticas públicas previamente existentes.

Com isso, é necessário que o Poder Judiciário interfira apenas em situações excepcionais, problemática que o voto em análise busca analisar.

Em um segundo tópico foram delineadas questões a respeito da temática “O Sistema Único de Saúde e a política de dispensação de medicamentos”. Diante da análise dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, o ministro apresentou a necessidade de observância dos parâmetros mínimos no que diz respeito à manutenção da saúde pelo estado.

Foi apresentado o RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) como parâmetro a ser observado para a concessão de medicamentos, tendo em vista que nele constam os medicamentos fornecidos pelo SUS, ficando ressaltado que o fato do medicamento ser considerado de “alto custo” não constitui obstáculo para a sua incorporação na lista supracitada.

Posteriormente foi realizada análise específica em relação aos medicamentos já incorporados pelo SUS. Nesse sentido, o entendimento do ministro é que os fármacos descritos na lista são de fornecimento obrigatório pelo Estado.

Entretanto, mesmo em relação a tais medicamentos consignou o entendimento de que é necessário o preenchimento de dois requisitos para a sua concessão: a prova da adequação e da necessidade do medicamento e a prova de prévio requerimento administrativo.

Já em relação aos medicamentos não incorporados pelo SUS não há consenso no Supremo Tribunal Federal. Nesse sentido, o ministro propõe a observância de cinco requisitos cumulativos para que seja possível a concessão de tais fármacos, quais sejam:

Em relação ao primeiro requisito, é necessário que fique comprovada a hipossuficiência do autor, independentemente da situação financeira dos seus familiares.

Deve ainda ser comprovada a ausência de decisão expressa de indeferimento da concessão do medicamento, diante da possibilidade do ajuizamento de pedido perante a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS).

O terceiro requisito apresentado é a inexistência de substituo terapêutico no SUS, ou seja, não deve o SUS possuir medicamento alternativo para tratamento da doença em questão, não podendo apenas a prescrição médica afastar as opções da rede pública.

Deve ainda ser comprovada a eficácia do medicamento não incorporado, ou seja, deve ser comprovada a sua eficácia científica.

Diante da possibilidade de apenas a União decidir a respeito da inclusão de fármacos ao Sistema Único de Saúde, as demandas devem ser ajuizadas exclusivamente em seu desfavor.

Com todo o exposto, o Ministro Luís Roberto Barroso reconheceu a ausência do dever estatal de conceder medicamentos não incorporados pelo SUS, a não ser que estejam presentes os cinco requisitos analisados.

Já no voto do Ministro Edson Fachin também foi ressaltada a necessidade de preenchimento de requisitos para a concessão de medicamentos pelo poder público. Nesse sentido, ficou delineada a necessidade de comprovação da impossibilidade do indivíduo em custear o medicamento e a possibilidade de concessão pelo Estado de medicamento não incorporado, desde que comprovada a excepcionalidade do caso concreto e a ausência de medicamento substituto.

Nesse contexto foi defendida a universalização dos medicamentos, ou seja, o Estado deve promover tratamentos que possam ser destinados a todos os cidadãos. Entretanto, foram ressaltados os casos que necessitam de análise específica, cabendo ao Poder Judiciário promover a alocação dos recursos estatais.

O ministro estabeleceu ainda uma divisão entre as categorias de medicamentos: Básicos, Estratégicos e Especializados:

1. Básico: medicamentos e insumos no âmbito da atenção primária - financiados pelos três entes da Federação. A União adquire e distribui aos Estados; o Estado recebe, armazena e distribui os produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde; o Município compra todos os demais produtos do Componente Básico, recebe, armazena e distribui. 2. Estratégico: doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico - adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos a todos os Estados, que por sua vez encaminham aos seus municípios. 3. Especializado: medicamentos para tratamento de doenças e agravos menos prevalentes e com alto impacto financeiro. A União financia os medicamentos dos Grupos 1A e 1B, os Estados do Grupo 2 e os Municípios os do Grupo 3, conforme grupos descritos nos anexos da portaria 1554/2013. A União adquire os do grupo 1A e manda para os Estados, os Estados adquirem os dos grupos 1B (pago pela União) e 2 armazena e dispensa os dos grupos 1A, 1B e 2, e os Municípios compram e dispensam os do grupo 3 (RE nº 566471, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 07.12.2007). (BRASIL, 2007)

Diante do reconhecimento do dever do Poder Público de arcar com a concessão de fármacos o ministro estabeleceu requisitos que devem ser preenchidos para que seja possível a sua concessão nas situações específicas em que o medicamento não foi incorporado pelo Sistema Único de Saúde.

Inicialmente foi estabelecida a necessidade de prévio requerimento administrativo junto à rede pública, sendo que nos casos em que não esteja presente o pleito extrajudicial, o Poder Judiciário deve ouvir o gestor público antes de conceder a liminar.

Tal entendimento foi delineado com base no Enunciado nº 13 da I Jornada de Saúde do CNJ, segundo o qual:

Enunciado nº 13 - Nas ações de saúde, que pleiteiam do poder público o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a, 6 inclusive, identificar solicitação prévia do requerente à Administração, competência do ente federado e alternativas terapêuticas (RE nº 566471, Rel. Min, Marco Aurélio, DJ 07.12.2007). (BRASIL, 2007)

O segundo requisito apresentado no voto foi a prescrição ter sido realizada preferencialmente por médico ligado à rede pública, uma vez que tais profissionais conhecem os protocolos do SUS e apenas os afastam justificadamente.

Foi delineado ainda que preferencialmente a designação dos medicamentos deve ser realizada pela Denominação Comum Brasileira (DCB) e, na sua falta, deve ser feita pela Denominação Comum Internacional (DCI), uma vez que a definição do medicamento com base no princípio ativo facilita a aquisição pela rede pública.

Ainda, deve o autor da demanda justificar a inadequação do tratamento disponibilizado pelo Estado ou demonstrar a inexistência do medicamento na rede pública, a partir do que deve ser apresentada evidência científica da impropriedade do tratamento fornecido pelo SUS.

Com isso, em caso de negativa de dispensa da rede pública ficou estipulada a necessidade de realização de laudo médico indicando a necessidade do tratamento, seus efeitos, estudos da Medicina Baseada em Evidências e vantagens para o paciente, além de comparar com eventuais fármacos fornecidos pelo SUS. Com isso, a prescrição médica que busca afastar o fármaco fornecido pelo SUS deve ser devidamente fundamentada.

O ministro elencou ainda que as demandas que visam a tutela do direito à saúde devem ser preferencialmente coletivas em detrimento dos pleitos individuais que buscam a tutela de situações específicas.

A despeito de o Supremo Tribunal Federal ainda não ter chegado a um consenso a respeito dos requisitos que devem ser observados em relação à temática da concessão de medicamentos insta ressaltar o avanço delineado pelos votos apresentados diante das propostas para a solução concreta do impasse.

Nesse sentido, o Poder Judiciário ganha importância, na medida em que possui caráter de guardião da lei, da moralidade das eleições e da busca pela efetividade dos direitos sociais, como forma de tutela da democracia (DELDUQUE; SANTOS, 2014, p.409).

4. DISCUSSÕES RECENTES NO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA A RESPEITO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Insta analisar ainda a situação específica que está sendo objeto de discussão no Superior Tribunal de Justiça, a qual também constitui discussão relevante para a temática da judicialização da saúde.

Assim, no presente momento será analisado o Recurso Especial nº 1.657.156 (2017/0025629-7) de relatoria do Ministro Benedito Gonçalves.

O presente recurso merece destaque ao passo que por unanimidade ficou consignada a sua afetação para que fosse aplicado o artigo 1.036⁸ do Código de Processo Civil, diante da considerável quantidade de recursos especiais tratando da mesma temática.

No relatório foi descrita a situação em que o estado do Rio de Janeiro interpôs Recurso Especial em face da decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, sob o fundamento da decisão estar em desacordo com os artigos 948 e 950, do Código de Processo Civil, artigos que tratam do incidente de arguição de inconstitucionalidade.

Foi alegado ainda violação dos artigos 19-M, 19-P, 19-Q e 19-R da Lei 8.080/90, com base nos quais alegou que o medicamento pleiteado não possui previsão nos Protocolos Clínicos incorporados pelo Ministério da Saúde ou na lista de dispensação dos entes políticos, motivo pelo qual não seria devido o seu fornecimento.

Assim, diante do exposto, insta salientar o voto do Ministro Benedito Gonçalves, o qual propôs a apreciação do recurso como Recurso Especial repetitivo, por meio da sua afetação, com base no artigo 1.036 do Código de Processo Civil.

Com isso, a questão ficou delineada como: obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria n. 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais).

Foi requerida a aplicação do artigo 1.037 do Código de Processo Civil:

(i) suspensão, em todo o território nacional, dos processos pendentes, individuais e coletivos, que versem sobre a questão ora afetada (art. 1.037, inciso II, do novel Código de Processo Civil); (ii) Comunicação aos senhores Ministros integrantes da Primeira Seção e aos Presidentes dos Tribunais Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça; (iii) Após decorridos todos os prazos acima estipulados, abra-se vista ao Ministério Público Federal, pelo prazo de 15 (quinze) dias (art. 1.038, inciso III e § 1º, do CPC/2015) (Resp nº 1657156, Rel. Min. Benedito Gonçalves, DJ 04.05.2018). (BRASIL, 2015)

A partir do explanado, ficou explícita a importância do julgamento do presente Recurso Especial para a temática da judicialização da saúde, tendo em vista que por meio do seu julgamento foram suspensas as demais ações que tratam da questão, até que seja estipulado entendimento capaz de ser aplicado de forma uniforme.

⁸ O artigo trata da multiplicidade de Recursos Especiais e Extraordinários.

Merece ressaltar que as demandas que demonstram efetiva urgência na concessão do fármaco e que especifiquem a eficácia do medicamento ainda estão sendo julgadas procedentes em primeira instância diante da essencialidade na obtenção imediata do tratamento (SAFATLE,2011, p.26).

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, resta inquestionável a relevância conferida ao Poder Judiciário no embate entre os limites orçamentários e o extenso rol de necessidades dos indivíduos para garantia do direito à saúde, tendo em vista a impossibilidade do Sistema Único de Saúde abarcar a sua totalidade diante dos limites orçamentários e ele impostos.

Tendo em vista a interdisciplinaridade do tema, o ativismo judicial tomou o cuidado de buscar informações em diferentes fontes para a formação da jurisprudência sobre o tema, tendo em vista que as decisões dos tribunais superiores refletem as discussões que as antecederam.

Sendo assim, é necessário ter em mente o papel do Poder Judiciário nessa dinâmica, além de buscar a ponderação entre os interesses dos indivíduos e do Estado, a judicialização da saúde é uma maneira de conferir maior efetividade às políticas públicas, tendo em vista os *déficits* das decisões alocativas tomadas pelos entes.

O judiciário passa a ser uma forma de analisar o caso concreto e averiguar qual a melhor medida a ser tomada no caso, com o intuito de preservar a dignidade da pessoa humana, sem onerar a administração públicas com concessões que não visem, de forma veemente, resguardar a vida do autor da demanda.

A despeito da busca pela estipulação de requisitos objetivos a serem observados para fornecimento ou não do pleiteado na demanda judicial, ainda não é possível afirmar que o referido rol foi estabelecido. Sendo assim, diante da ausência de requisitos específicos a serem observados, é necessário analisar o caso concreto e averiguar as medidas necessárias para a manutenção da dignidade da pessoa humana, a partir do que é necessário realizar decisões alocativas com o intuito de obstar a oneração desnecessária dos entes públicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 19 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 mar. 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286-8, de 2000. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 566.471, de 2007. Disponível em <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de liminar nº 319, de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000071267&base=baseMonocraticas>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança nº 3751, de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000007954&base=baseMonocraticas>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, de 2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm>. Acesso em 07 ago. 2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 657718, de 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE657718.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 67.718, de 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=3815705&tip=manifestacao>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Lei 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm>. Acesso em: 25 de mai. 2018.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Acórdão Agravo de Instrumento nº 5048360-04.2015.4.04.0000/SC, de 2015. Disponível em: <https://www2.trf4.jus.br/trf4/jurisprudencia/sumulas/sumula_98/50483600420154040000.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.657.156, de 2018. Disponível em <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/455650784/proposta-de-afetacao-no-recurso-especial-proafr-no-resp-1657156-rj-2017-0025629-7/inteiro-teor-455650793?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, n. 133, p.89-98, jan/mar. 1997.

DELDUQUE, Maria Célia; SANTOS, Ana Valéria Machado *Da Audiência Pública da saúde e seus fundamentos para os atuais debates no STF e CNJ*. Campinas: Saberes Direito e Gestão Pública, 2014.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. *Revista Bioética*. Rio de Janeiro, n. 3, p.561-568, 2014.

PIVETTA, Saulo Lindofer. *Direito fundamental à saúde. Regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

SAFATLE, Vladimir. *O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem*. São Paulo: Scientia e Studia, 2011.