



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**NATHALIA SANTOS LEITE DA SILVA**

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA ACESSO A MEDICAMENTOS**

**Assis/SP  
2017**



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**NATHALIA SANTOS LEITE DA SILVA**

## **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA ACESSO A MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientando: Nathalia Santos Leite da Silva  
Orientadora: Márcia Valéria Seródio Carbone**

**Assis/SP  
2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

S586j      SILVA, Nathalia Santos Leite da  
            A judicialização da saúde para acesso a medicamentos / Nathalia Santos Leite da Silva.-- Assis, 2017.

46p.

Trabalho de conclusão do curso (Direito). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Dra. Márcia Valéria Seródio Carbone

1.Direitos fundamentais 2.Direito-saúde 3.SUS

CDD 341.27

# A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA ACESSO A MEDICAMENTOS

NATHALIA SANTOS LEITE DA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

**Orientador:** \_\_\_\_\_  
Márcia Valéria Seródio Carbone

**Examinador:** \_\_\_\_\_

**Assis/SP  
2017**

## DEDICATÓRIA

A DEUS, por ser essencial em minha vida e sem Ele nada teria acontecido; a minha família e amigos, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam e nada teria sentido. Dedico a todos vocês que são primordiais em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que permitiu a minha chegada até aqui, sendo meu alicerce e minha fortaleza em todos os momentos, me dando sabedoria e força para superar todas as dificuldades que encontrei no caminho;

A minha orientadora Marcia Carbone pelo suporte dado e pela confiança depositada no meu trabalho.

A todos que de alguma forma participaram desta caminhada, em especial aos meus pais por terem sido meu alicerce nas horas difíceis, me ajudando com muito amor, incentivo e apoio incondicional; aos meus amigos que tornaram essa jornada mais feliz; e a todos os mestres que contribuíram com todo o aprendizado que tive todos esses anos.

A todos, muito obrigada.

## RESUMO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública se tornou um direito social fundamental que deve ser garantido mediante políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário com pleno exercício de atendimento integral. O problema é que o Estado brasileiro, apesar de tanto tempo transcorrido desde a publicação da Lei Maior, ainda está longe de conseguir efetivar com plenitude o acesso a saúde, fazendo com que haja um aumento de ações judiciais em face de quem deveria estar colocando em prática a norma constitucional: o ente público. A judicialização da saúde tornou-se um problema corriqueiro, grave e de crescimento altamente elevado nos dias de hoje, e isto vem acarretando inúmeras discussões sobre o dever estatal - seja a União, os estados ou os municípios - em fazer valer o direito de cada cidadão. Acerca desta problemática, o presente trabalho irá analisar o que está positivado na lei constitucional e infraconstitucional, posições doutrinárias e ações que servem como sugestão de propostas conciliatórias para que o direito seja melhor efetivado na sociedade e ocorra a diminuição da judicialização da saúde.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, SUS, judicialização.

## **ABSTRACT**

With the 1988 Federal Constitution promulgation, the public health service became a fundamental social right that should be guaranteed through public politics that ensure universal access and egalitarian with full exercise of integral care. The Brazilian State problem is that in spite of all the elapsed time since the Lei Maior, it stills far to get the fullness effect of the health service access, making increase lawsuits instead of putting the constitutional rule: public entity. The health judicialization has become an unexceptional, serious and with high growth rate nowadays, and this has been carrying numerous discussions about the state duty – either the Union, the states or the cities – making worth each citizen right. About this subject, the present work will analyze what is positive in the constitutional Law and infraconstitutional, doctrinal positions and actions that are useful as suggestion of conciliatory proposals so that the right be better implemented in the society and decrease the judicialization of health.

**Keywords:** Right to health, SUS, judicialization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Percurso a ser realizado antes de decidir demanda envolvendo a saúde.....36.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Comparativo de gastos e atendimento realizados entre o Programa de Atendimento Especializado do Estado de São Paulo e Demandas Judiciais.....40.

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

CF – Constituição Federal.

MS – Ministério da Saúde.

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

STF – Supremo Tribunal Federal.

LOS – Lei Orgânica de Saúde.

Rename - Relação Nacional de Medicamentos.

STA/CE - Suspensão de Tutela Antecipada/Ceará

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental.

CNJ - Conselho Nacional de Justiça.

CID – Classificação Internacional de Doenças.

Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisas.

NAT – Núcleo de Assessoria Técnica.

Codes – Coordenação das Demandas Estratégicas.

S-Codes – Sistema da Coordenação da Demandas Estratégicas.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 A SAÚDE PÚBLICA COMO DIREITO SOCIAL E FUNDAMENTAL .....</b>	<b>15</b>
1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL .....	15
1.2 O DIREITO À SAÚDE E A CONSTITUÇÃO FEDERAL DE 1988 .....	15
1.3 DA COMPETÊNCIA LEGISLATIVA SOBRE PROTEÇÃO E DEFESA DA SAÚDE .....	17
1.4 O PRINCÍPIO DO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
<b>2 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>21</b>
2.1 CRIAÇÃO DO SUS E SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES .....	22
2.2 PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL ..	24
<b>3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>27</b>
3.1 O PROBLEMA SOCIAL DA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL .....	29
3.2 PREMISSAS QUANTO À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	31
3.3 NOVAS FERRAMENTAS PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO DE ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL .....	35
3.4 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO EM DECORRÊNCIA DAS DECISÕES JUDICIAIS .....	38
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>42</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

## INTRODUÇÃO

O direito subjetivo à saúde tem sido altamente acionado no poder judiciário nos últimos anos. Essa busca sinaliza que há uma grande dificuldade governamental em promover as ações necessárias para que os cidadãos possam desfrutar desse direito. Não somente o número de ações é elevado, mas também os gastos provenientes dessas demandas judiciais, gerando grande impacto no orçamento dos três entes envolvidos - União, estados e municípios - ao serem condenados a fazer a entrega imediata do bem jurídico pleiteado.

Como o Estado tem o dever de garantir o acesso aos serviços de saúde e fornecer formas de promoção, prevenção, assistência e recuperação, mas tem encontrado grandes dificuldades em garantir esses serviços à população em virtude da ineficiência administrativa na prestação de serviços, então os pacientes vêm buscando tal garantia por meio do Poder Judiciário, visando a concretização de um direito constitucional de bem-estar e dignidade humana.

Sob esta ótica, o presente trabalho irá abordar importantes aspectos relativos a judicialização da saúde, especificamente para o acesso a medicamentos. Esse direito está fundamentado em nossa Carta Magna, definindo em seu artigo 6º a saúde como um direito social, e o artigo 196 garante o acesso a saúde a todos, de forma igualitária, sem qualquer tipo de distinção. Há também legislação infraconstitucional, a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), que visa garantir melhores condições de vida e de saúde, definindo as diretrizes e organização do Sistema de Saúde brasileiro, baseado num sistema de atendimento com qualidade e universalidade.

Dividido em três partes, o trabalho traz em seu primeiro capítulo um breve histórico da saúde no Brasil, o início da estruturação do sistema público e suas restrições, e o grande marco dessa história que foi a Assembleia Constituinte em 1988. Traz também a separação de competências para legislar sobre a saúde, além dos princípios que regem e norteiam essa temática: o acesso universal e igualitário a todos os usuários do sistema.

O segundo capítulo tratará sobre a efetivação do direito à saúde no Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, abrangendo conceitos e opiniões doutrinárias sobre outros princípios, como a reserva do possível, onde deve haver uma observância do orçamento disponível pelo Estado para que não seja gasto todos os seus

recursos apenas com a assistência integral à saúde; a questão do mínimo existencial que são os direitos fundamentais sem os quais não conseguiríamos sobreviver, pois garantem condição mínima de existência das pessoas com dignidade; além dos princípios da integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

O objetivo principal desta pesquisa será destacado no terceiro capítulo, que discorrerá sobre a judicialização da saúde e o fornecimento de medicamentos, conceituando o termo 'judicialização' e as causas de sua ocorrência, a positivação do termo 'assistência terapêutica' na Lei e os requisitos para a sua realização de forma integral, a distribuição de competência a cada ente público para a realização da assistência, e os acontecimentos que contribuiram para o surgimento de novas ferramentas que estão auxiliando os magistrados a aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde.

Será abordado também questões sobre a competência do município na responsabilidade de prestação de serviços de saúde, que é a chamada 'municipalização' da saúde, e será destacado o impacto orçamentário estadual e municipal decorrente de ações judiciais.

# **1 A SAÚDE PÚBLICA COMO DIREITO SOCIAL E FUNDAMENTAL**

## **1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL**

A Constituição Federal prevê, no artigo 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, além de instituir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Convém ressaltar que, nem sempre a saúde foi um direito garantido a todos de forma irrestrita. Isso porque, somente a partir da década de 30 a estruturação do sistema público de saúde se iniciou. Antes deste período, ainda não havia intervenções públicas curativas, e tais ações eram realizadas apenas pelos serviços privados ou de caridade.

A partir de então, foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e os Institutos de Previdência, sendo que estes ofereciam serviços de saúde de caráter curativo. No entanto, estes serviços de saúde estavam restringidos apenas a categoria profissional vinculada a estes institutos, já que a saúde pública não era universalizada, limitando-se a amparar apenas os trabalhadores que contribuía para os institutos de previdência.

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, para a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, foram criados o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, ambos vinculados ao INPS.

Dessa forma, todo trabalhador urbano com carteira assinada possuía direito a atendimento na rede pública de saúde. Contudo, grande parte da população ainda não integrava o mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, continuavam excluídos do direito à saúde, dependendo, ainda, da caridade pública e solidariedade das pessoas.

## **1.2 O DIREITO À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Com a intensificação do debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos à saúde, deu-se a criação do Sistema Único de Saúde durante a Assembleia Constituinte. A partir da Constituição Federal de 1988, todos os brasileiros passaram a ter direito de acesso ao serviço público de saúde.

Dispõe o artigo 196 da Constituição que:

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.

Para Luis Roberto Barroso (2008, p. 14) a saúde passou a ser um direito amplo e irrestrito apenas após a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando todos os brasileiros passaram a ter direito de acesso ao serviço público de saúde, não sendo mais necessário ser contribuinte do instituto de previdência ou ter qualquer tipo de contrato de trabalho no mercado formal.

A saúde é direito social e fundamental insculpido na Carta Magna. Segundo o artigo 6º, com redação dada pela Emenda Constitucional 90/2015, são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

O direito à saúde também é fundamental, pois está inserido no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, da Constituição.

Para Marcelo Novelino (2012, p. 1052):

Por ser indissociável do direito à vida e da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde possui um caráter de fundamentalidade que o inclui, não apenas dentre os direitos fundamentais sociais (CF, art. 6º), mas também no seletivo grupo de direitos que compõe o *mínimo existencial*.

Para José Afonso da Silva apud Pedro Lenza (2014, p. 1182), os direitos sociais “disciplinam situações subjetivas pessoais ou grupais de caráter concreto”.

Segundo Pedro Lenza (2014, p. 1182):

(...) os direitos sociais, direitos de segunda dimensão, apresentam-se como prestações positivas a serem implementadas pelo Estado (Social de Direito) e tendem a concretizar a perspectiva de uma isonomia substancial e social na busca de melhores e adequadas condições de vida, estando, ainda, consagrados como fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, IV, da CF/88).

Assim, por se tratarem de direitos fundamentais, os direitos sociais possuem aplicação imediata e podem ser implementados por técnicas de controle, no caso de omissão legislativa.

Portanto, com a Assembleia Constituinte, a saúde pública foi introduzida na Constituição Federal de 1988 como sendo um direito fundamental (artigo 6º), além de ser um direito de todos e dever do Estado a ser garantido mediante políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário (artigo 196), garantido o seu irrestrito e absoluto exercício pelo atendimento integral nos termos da lei (artigo 198, II).

### **1.3 DA COMPETÊNCIA LEGISLATIVA SOBRE PROTEÇÃO E DEFESA DA SAÚDE**

A CF/88 definiu a competência para legislar acerca da proteção e defesa da saúde como concorrente, ou seja, conjuntamente a União, os Estados e os Municípios poderão legislar. No que diz respeito à formulação e execução das políticas públicas de saúde, a Constituição também concedeu competência comum aos três entes que compõem a federação brasileira.

Tal competência está fixada no inciso XII, do artigo 24, da Constituição:

Art. 24. Compete à União, aos Estados, e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

[...]

XII – previdência social, proteção e defesa da saúde; [...].

À União compete o estabelecimento das normas gerais, da forma disposta no artigo 24, § 1º, da Constituição. Para Paulo Gustavo Gonet Branco (2009, p. 871):

A divisão de tarefas está contemplada nos parágrafos do art. 24, de onde se extrai que cabe à União editar normas gerais –, normas não-exaustivas, leis-quadro, princípios amplos, que traçam um plano, sem descer a pormenores.

Já aos Estados, compete suplementar a legislação Federal, segundo o disposto no artigo 24, § 2º, da Carta Maior “A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar” (BRASIL, 1988).

O mesmo autor (2009, p. 871) afirma que:

Os Estados-membros e o Distrito Federal podem exercer, com relação às normas gerais, competência suplementar (art. 24, § 2º), o que significa preencher claros, suprir lacunas. Não há falar em preenchimento de lacuna, quando o que os Estados ou o Distrito Federal fazem é transgredir lei federal já existente. Na falta completa da lei com normas gerais, o Estado pode legislar amplamente, suprimindo a inexistência do diploma federal. Se a União vier a editar a norma geral faltante, fica suspensa a eficácia da lei estadual, no que contrariar o alvitre federal. Opera-se, então, um bloqueio de competência, uma vez que o Estado não mais poderá legislar sobre normas gerais, como lhe era dado até ali. Caberá ao Estado, depois disso, minudenciar a legislação expedida pelo Congresso Nacional.

E, por fim, aos Municípios cabe legislar sobre assuntos de interesse local, podendo suplementar a legislação federal e estadual, no que couber, de acordo com o artigo 30, incisos I e II, da CF:

Art. 30. Compete aos Municípios:

I – legislar sobre assuntos de interesse local;

II – suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; (...)

Para Branco (2009, p. 872):

As competências implícitas decorrem da cláusula do art. 30, I, da CF, que atribuiu aos Municípios “legislar sobre assuntos de interesse local”, significando interesse predominantemente municipal, já que não há fato local que não repercuta, de alguma forma, igualmente, sobre as demais esferas da Federação. Consideram-se de interesse local as atividades, e a respectiva regulação legislativa, pertinentes a transportes coletivos municipais, coleta de lixo, ordenação do solo urbano, fiscalização das condições de higiene de bares e restaurantes, entre outras.

Da mesma forma como ocorre com os Estados em relação à União, os Municípios devem observar a legislação federal e estadual, sendo que no caso de uma lei municipal for contrária àquelas, sua eficácia será suspensa.

Como todos os três entes da federação brasileira são competentes, institui-se que, conforme consta no artigo 23, § único da CF/88, deverá haver cooperação entre a União e

os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

#### **1.4 O PRINCÍPIO DO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

São dois os princípios constitucionais elencados na nossa Carta Maior, no final do artigo 196, relacionados ao direito à saúde: o princípio do acesso universal e o princípio do acesso igualitário.

Por ter como característica a universalidade, os direitos fundamentais são reservados a todos os seres humanos, sendo inadmissível a restrição de tais direitos a uma classe ou categoria de pessoas. O princípio da Isonomia (ou Igualitário) também tem como característica a não distinção de qualquer natureza a qualquer raça humana, concedendo tratamento igualitário a todos os indivíduos.

O princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde visa garantir que o Estado preste integral e irrestrito atendimento na área da saúde, a todas as pessoas que estejam no território brasileiro, não importando a nacionalidade, buscando a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Para Novelino (2012, p. 1053):

O princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, enquanto concretização do princípio da isonomia (CF, art. 5º), impõe aos poderes públicos o dever de agir fornecendo a todos prestações materiais e jurídicas adequadas à promoção e proteção da saúde, bem como sua recuperação nos casos de doença, independentemente da situação econômica do indivíduo.

Do mesmo modo entende Inocêncio Mártires Coelho (2009, p. 1421) ao afirmar que:

Incluído no âmbito da seguridade e ostentando o status de direito fundamental, com referência expressa no *caput* dos arts. 6º e 196 da Constituição, 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.

O mesmo autor (2009, p. 1421) também aduz que o referido princípio:

Configura de um direito público subjetivo, que pode ser exigido do Estado, ao qual é imposto o dever de prestá-lo, como sustenta Sergio Pinto Martins, que, no particular, não faz referência alguma à reserva do financeiramente possível, mesmo sabendo que ela representa incontornável condição de viabilidade dessa e de tantas outras promessas constitucionais de igual natureza.

Portanto, é possível concluir que o referido princípio busca efetivar o direito social e fundamental à saúde, inseridos nos artigos 6º e 196, da Constituição Federal de 1988.

## 2 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A efetivação do direito à saúde no Brasil, conforme explanado no capítulo anterior, teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Carta Magna trouxe em seu artigo 196 o seguinte texto:

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.

Logo, segundo o texto constitucional, é dever do Estado prestar serviços de saúde, sendo o mesmo garantido através de políticas sociais e econômicas.

O artigo 197 da Constituição reafirma este dever do estado, veja-se:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Na visão de Manoel Gonçalves Ferreira Filho (2012, livro eletrônico):

(...) as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, devendo essas ações e serviços públicos de saúde ser integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único.

Em complemento ao entendimento do autor supracitado está o disposto no artigo 198, também da Constituição:

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:  
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III – participação da comunidade.

O legislador constituinte foi preciso ao prever a garantia do direito à saúde, bem como a criação de ações e serviços públicos que busquem efetivar referido direito, o qual está estritamente associado ao direito à vida, o bem jurídico mais precioso.

## **2.1 CRIAÇÃO DO SUS E SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES**

As ações e serviços públicos relativos à saúde são considerados de importante relevância, tendo sua efetivação incluída no rol dos chamados Direitos Fundamentais, de modo a garantir o direito à vida e a dignidade de toda a coletividade.

A partir da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, o direito à saúde foi inserido de forma concreta como direito social fundamental do indivíduo no seu artigo 6º, e por ser a saúde um direito de todos e dever a ser garantido pelo Estado (art. 196), a atual Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi uma das maiores, senão a maior, conquistas sociais advindas da promulgação da Constituição de 1988. Porém, tal sistema só foi regulado através da Lei 8.080/1990, e ainda está em construção no Brasil.

Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde foram definidos pela Constituição Federal e detalhados através das Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990.

Com os aludidos princípios, as ações e serviços de saúde deixam de ser centralizados e passam a se nortear pela descentralização, da forma como prevista no artigo 198, da Constituição Federal. A descentralização aponta que o SUS deve realizar o atendimento básico à população através dos Municípios, pertencendo aos Estados o cuidado de questões de alta complexidade, e cabendo à União a gestão do sistema. Assim sendo, o SUS tem como gestor federal o Ministro da Saúde, como gestores estaduais os Secretários Estaduais de Saúde e os Secretários Municipais de Saúde como gestores municipais.

Carmen Teixeira, em seu artigo publicado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde de Salvador, traz os principais princípios norteadores do SUS.

Os conceitos trazidos pela autora são esclarecedores, e estão elencados a seguir, veja-se:

- A UNIVERSALIDADE DO ACESSO:

(...) é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a ser tornar acessíveis a toda a população. Para isso é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpoem entre a população e os serviços. (2011, p. 03)

- A INTEGRALIDADE:

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. (2011, p. 06)

- A EQUIDADE:

A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. (2011, p. 05)

- A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA:

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes. (2011, p. 06).

- A REGIONALIZAÇÃO E A HIEARQUIZAÇÃO:

A regionalização e a hierarquização dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações. (2011, p. 06/07).

Assim, conclui-se, através dos conceitos retro apresentados, que o SUS foi criado com o objetivo de garantir a toda população o direito à saúde, de forma irrestrita e com acesso igualitário, com integralidade do atendimento envolvendo desde a prevenção, até o atendimento médico-hospitalar e assistência farmacêutica, como previsto constitucionalmente, e a sua manutenção está garantida em todas as esferas (nacional, estadual e municipal) que, em comunhão de esforços e cooperação, devem promover o atendimento à saúde da população.

## 2.2 PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL

A saúde, como direito social, por exigir disponibilidade financeira do Estado para sua concretização, está sujeita à denominada cláusula de reserva do possível.

Este princípio surgiu na Alemanha e foi difundido a partir de uma decisão proferida pelo Tribunal Constitucional Federal em 1972.

Segundo Novelino (2012, p. 633/634):

Esta expressão foi difundida a partir de uma decisão paradigmática proferida pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha em 1972, em um caso no qual se discutia o direito de acesso ao ensino superior, cujo número de vagas era menor que o de candidatos (caso *numerus clausus*). Apesar do direito fundamental à educação não estar consagrado expressamente na Constituição Alemã, o Tribunal entendeu que a liberdade de escolha profissional exigia, em certa medida, o acesso ao ensino universitário. Não obstante, na decisão ficou estabelecido que a prestação reclamada deveria corresponder ao que o *indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade*, cabendo ao legislador, em primeiro plano, avaliar quais interesses da coletividade devem ser prioritariamente atendidos pelo orçamento, em razão da *reserva do possível*.

Segundo Vicente Paulo e Marcelo Alexandrino (2012, p. 251):

Essa cláusula, ou princípio implícito, tem como consequência o reconhecimento de que os direitos sociais assegurados na Constituição devem, sim, ser efetivados pelo Poder Público, mas na medida exata em que isso seja possível. É importante entender que esse princípio não significa um “salvo conduto” para o Estado deixar de cumprir suas obrigações sob uma alegação genérica de que “não existem recursos suficientes”. A não efetivação, ou efetivação apenas parcial, de direitos constitucionalmente assegurados somente se justifica se, em cada caso, for possível demonstrar a impossibilidade financeira (ou econômica) de sua concretização pelo Estado.

No conceito trazido por Marcelo Novelino (2012, p. 633):

(...) a reserva do possível pode ser compreendida como uma limitação fática e jurídica oponível, ainda que de forma relativa, à realização dos direitos fundamentais, sobretudo os de cunho prestacional.

É possível concluir, portanto, que o Estado possui o dever de prestar integral assistência à população com relação a saúde e as políticas públicas que irão efetivá-la.

Porém, não é possível exigir que a administração gaste todos os seus recursos apenas para a integral efetivação do direito em comento, devendo ser observado toda a estrutura estatal como um todo.

Assim, é certo que o Estado não pode simplesmente alegar que está sem orçamento para determinada política de saúde ou para atender determinada demanda judicial, devendo demonstrar em juízo referida impossibilidade.

Corroborando tal assertiva, vale ressaltar, ainda, os dizeres de Marcelo Novelino (2012, p. 636):

(...) a reserva do possível é matéria a ser alegada pelo Estado como defesa processual, cabendo-lhe o ônus de provar suficientemente – e não simplesmente alegar de maneira genérica – a impossibilidade de atendimento das prestações demandadas.

Logo, o Estado não pode simplesmente alegar a impossibilidade de atender às demandas, mas deve demonstrar de forma clara e suficiente que não dispõe de recursos para atendê-las.

A expressão “mínimo existencial” também surgiu na Alemanha, por volta de 1953, em uma decisão do Tribunal Federal Administrativo.

Segundo Novelino (2012, p. 636) “o mínimo existencial consiste em um grupo menor e mais preciso de direitos sociais formado pelos bens e utilidades básicas imprescindíveis a uma vida humana digna”.

Na concepção de Ana Paula de Barcellos apud Marcelo Novelino (2012, p. 636), o mínimo existencial “(...) engloba os direitos à saúde, educação, assistência aos desamparados (alimentação, vestuário e abrigo) e acesso à justiça”.

Assim, pode-se concluir que o mínimo existencial se refere aos direitos mais básicos que a população possui, ou, ao menos, deveria possuir.

Com isso, há uma discussão corrente na doutrina acerca da possibilidade de invocar a reserva do possível em relação aos direitos sociais que compõe o mínimo existencial.

Para Novelino (2012, p. 637):

De um lado, há quem defenda não existir um direito definitivo ao mínimo existencial, mas sim a necessidade de um ônus argumentativo pelo Estado tanto maior quanto mais indispensável for o direito postulado. De outro, há quem atribua um caráter absoluto ao mínimo existencial, não o sujeitando à reserva do possível (INGO SARLET). Nesse sentido, o entendimento do Min. Celso de Mello ao sustentar a “impossibilidade de invocação, pelo Poder Público, da cláusula da reserva do possível sempre que puder resultar, de sua ampliação, comprometimento do núcleo básico que qualifica o mínimo existencial”.

Portanto, é possível concluir que, na prática, os juízes tentam preservar ao máximo o núcleo básico de direitos mínimos, no qual se encontram aqueles definidos como mínimo existencial.

### 3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Inicialmente, convém conceituar o termo Judicialização, que, segundo, Luís Roberto Barroso (2011, p. 03) significa:

(...) que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas.

Em síntese, a judicialização pode ser entendida como a busca pela concretização dos direitos sociais garantidos em nosso ordenamento jurídico pela Constituição federal, através da transferência da obrigação ao poder judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legais a efetivação desses direitos assegurados constitucionalmente.

Segundo os ensinamentos do atual ministro do Supremo Tribunal Federal, a judicialização possui três causas. Para ele (2011, p. 03):

A primeira grande causa da judicialização foi a *redemocratização* do país, que teve como ponto culminante a promulgação da Constituição de 1988. Nas últimas décadas, com a recuperação das garantias da magistratura, o Judiciário deixou de ser um departamento técnico-especializado e se transformou em um verdadeiro poder político, capaz de fazer valer a Constituição e as leis, inclusive em confronto com os outros Poderes. No Supremo Tribunal Federal, uma geração de novos Ministros já não deve seu título de investidura ao regime militar. Por outro lado, o ambiente democrático reavivou a cidadania, dando maior nível de informação e de consciência de direito a amplos segmentos da população, que passaram a buscar a proteção de seus interesses perante juízes e tribunais. Nesse mesmo contexto, deu-se a expansão institucional do Ministério Público, com aumento da relevância de sua atuação fora da área estritamente penal, bem como a presença crescente da Defensoria Pública em diferentes partes do Brasil. Em suma: a redemocratização fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira.

A segunda causa, conceituada pelo mesmo autor (2011, p.03/04), foi:

(...) a *constitucionalização abrangente*, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária. Essa foi, igualmente, uma tendência mundial, iniciada com as Constituições de Portugal (1976) e Espanha (1978), que foi potencializada entre nós com a Constituição de 1988. A Carta brasileira é analítica, ambiciosa, desconfiada do legislador. Como intuitivo, constitucionalizar uma matéria significa transformar Política em Direito. Na medida em que uma questão – seja um direito individual, uma prestação estatal ou um fim público – é disciplinada em uma norma constitucional, ela se transforma, potencialmente, em uma pretensão jurídica, que pode ser formulada sob a forma de ação judicial. Por exemplo: se a Constituição assegura o direito de acesso ao ensino fundamental ou ao meio-ambiente equilibrado, é possível judicializar a exigência desses dois direitos, levando ao Judiciário o debate sobre ações concretas ou políticas públicas praticadas nessas duas áreas.

Por fim, o autor afirma (2011, p. 04) que a terceira e última causa da judicialização é:

(...) o *sistema brasileiro de controle de constitucionalidade*, um dos mais abrangentes do mundo. Referido como híbrido ou eclético, ele combina aspectos de dois sistemas diversos: o americano e o europeu. Assim, desde o início da República, adota-se entre nós a fórmula americana de controle incidental e difuso, pelo qual qualquer juiz ou tribunal pode deixar de aplicar uma lei, em um caso concreto que lhe tenha sido submetido, caso a considere inconstitucional. Por outro lado, trouxemos do modelo europeu o controle por ação direta, que permite que determinadas matérias sejam levadas em tese e imediatamente ao Supremo Tribunal Federal. A tudo isso se soma o direito de propositura amplo, previsto no art. 103, pelo qual inúmeros órgãos, bem como entidades públicas e privadas – as sociedades de classe de âmbito nacional e as confederações sindicais – podem ajuizar ações diretas. Nesse cenário, quase qualquer questão política ou moralmente relevante pode ser alçada ao STF.

Assim, pode-se concluir que a judicialização dos direitos políticos, sociais e fundamentais teve seu início com a promulgação da Constituição de 1988, em decorrência da falha dos serviços de atendimento que a Constituição assegura com integralidade.

As causas, segundo o Ministro do Supremo, é que democracia reavivada pelos cidadãos trouxe mais informações e consciência sobre os direitos de diversas matérias para a população, que passaram a buscar assistência e amparo perante os tribunais. Se uma questão é disciplinada por uma norma constitucional, podendo se transformar em uma pretensão judicial e posterior judicialização para a exigência desses direitos, então tais direitos, que podem alcançar qualquer matéria, podem ser levados até o Supremo Tribunal Federal.

### 3.1 O PROBLEMA SOCIAL DA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL

O art. 196 da nossa Carta Magna contempla a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve ser "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". A Lei n.º 8.080/90, alterada pela Lei n.º 12.401/2011 também assegura o acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde, em seus artigos 2º e 7º, I, II e IV.

A assistência terapêutica integral é uma das atribuições que está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Lei n.º 8.080/90, em seu art. 6º, I, alínea "d", *in verbis*:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

**d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.**

(grifo nosso)

O termo 'assistência terapêutica integral' é definido no art. 19-M do mesmo Código:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

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

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Em suma, a expressão 'assistência terapêutica integral' consiste em fornecer medicamentos e quaisquer insumos para a prevenção, proteção ou recuperação de doenças e redução de riscos ou outros agravos das mesmas, de forma integral, ou seja, não pode haver a exclusão de qualquer tipo de tratamento preventivo ou curativo.

Além de definir o significado da expressão 'assistência terapêutica integral', o artigo supra-citado da Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080/90) combinado com o Decreto n.º 7.508/2011, em seu artigo 28, também prevê os requisitos para a efetivação desse direito, e dentre tais requisitos, a prescrição médica deverá estar em conformidade com a RENAME e os protocolos clínicos. Vejamos:

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I – estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV – ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Tais normas são fundamentais para o julgamento dos processos de fornecimento de tratamentos de saúde. O RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para tratamento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Sua lista compreende medicamentos e insumos desde a atenção primária realizada pelos municípios para os problemas mais comuns (medicamentos para atender programas como asma, rinite, hipertensão, diabetes, saúde mental, saúde da mulher, alimentação, combate ao tabagismo), até programas de perfil endêmico que colocam em risco a saúde da coletividade (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, cólera, dengue, vacinas, dentre outros) e medicamentos que não são dispensados ordinariamente, com fornecimento que depende de análise individualizada de cada paciente.

Sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica, a Portaria n.º 2.439/2005 do Ministério da Saúde alcança atos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos aos pacientes enfermos.

Ocorre que, não são incomuns as sentenças prolatadas por juízes sem a necessária averiguação de que o acesso a alguns medicamentos que estão fora dos protocolos clínicos exigidos em Lei, somente se autorizam quando são baseados em evidência científica.

Analisando a decisão do Ministro Gilmar Mendes na STA-CE n.º 175, ficou expresso que "em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de

opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente". Ou seja, em caso de pedido de medicamentos ou procedimentos diferentes, sem comprovação da ineficácia daqueles fornecidos pelo SUS, será privilegiada a regulamentação da política pública de relação de medicamentos do SUS.

Apesar de se admitir que a saúde é uma garantia social assegurada por nossa Carta Magna, nos casos em que o Poder Judiciário for acionado, este deve fazer valer esse direito, mas apenas posterior análise minuciosa da regulamentação da política pública de medicamentos, além de conferir se existe evidência científica daquilo que está sendo pleiteado.

Nos casos em que há pleito por medicamentos sem suficiente evidência científica e de uso experimental, ou seja, sem autorização pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS, a Lei 12.401/11 expõe:

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

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

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

Sendo assim, o SUS custeará apenas no que tange aos medicamentos e produtos que constem inseridos nas diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico do próprio Sistema Único de Saúde, sendo vedado o fornecimento de qualquer produto pleiteado que contraria essa regra.

### **3.2 PREMISSAS QUANTO À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

O intuito do presente trabalho é demonstrar brevemente o problema causado pela falta de organização e planejamento do Estado quanto à distribuição de medicamentos para a população.

É relevante salientar, conforme Vera Lucia Edais Pepe (2010, artigo eletrônico), que as ações judiciais contra o poder público para acesso a medicamentos teve início em meados da década de 1990, com os pleitos por procedimentos médicos, medicamentos

retrovirais e demais insumos para pessoas portadoras de HIV/AIDS. As petições eram baseadas no direito que a Constituição federal assegura, sendo esses o acesso universal, de forma integral, igualitária e gratuita através do SUS com corresponsabilidade solidária entre a União, Estados e Municípios. Tais pretensões judiciais, que são baseadas nos direitos já mencionados e assegurados pela Carta Magna, resultou numa jurisprudência favorável no que condiz à responsabilização dos entes federativos para o cumprimento imediato de tal prestação estatal às pessoas portadoras de HIV/AIDS.

Assim, passados mais de duas décadas desde a primeira petição no judiciário, o que podemos observar atualmente é que a busca do direito à saúde tem sido encarada como um direito ilimitado, o que implicaria ao poder público o dever de fornecer quaisquer tipos de medicamentos.

Um argumento utilizado de forma corriqueira pelos entes da federação, quando se defendem em demandas judiciais cujo pedido principal é a entrega de um medicamento ou a realização de algum procedimento cirúrgico, é que os mesmos não são competentes. Assim, o Município afirma que a responsabilidade é do Estado e vice-versa, ou seja, um “empurra” a responsabilidade para o outro.

Porém, as decisões judiciais vêm condenando os entes federativos de forma solidária.

Segundo Lenza (2014, p. 980), o posicionamento do STF é no sentido da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde, destacando-se os seguintes preceitos normativos:

- Art. 23, II, CF/88: estabelece ser competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;
- Art. 7.º, XI, da Lei n. 8.080/90: as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda, dentre outros princípios, à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Para Barroso (2008, p. 36):

As pessoas necessitadas podem postular judicialmente, em ações individuais, os medicamentos constantes das listas elaboradas pelo Poder Público e, nesse caso, o réu na demanda haverá de ser o ente federativo – União, Estado ou Município – que haja incluído em sua lista o medicamento solicitado. Trata-se aqui de efetivar uma decisão política específica do Estado, a rigor já tornada jurídica.

Com o ingresso das demandas individuais, o Judiciário brasileiro vem proferindo importantes decisões pertinentes ao controle e intervenção nas políticas públicas, notadamente em razão da inércia estatal injustificável ou da abusividade governamental (LENZA, 2014, p. 979). Nesse sentido, destaca-se o voto do Min. Celso de Mello na ADPF 45 MC/DF:

EMENTA: Arguição de descumprimento de preceito fundamental. A questão da legitimidade constitucional do controle e da intervenção do Poder Judiciário em tema de implementação de políticas públicas, quando configurada hipótese de abusividade governamental. Dimensão política da jurisdição constitucional atribuída ao Supremo Tribunal Federal. Inoponibilidade do arbítrio estatal à efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais. Caráter relativo da liberdade de conformação do legislador. Considerações em torno da cláusula da 'reserva do possível'. Necessidade de preservação, em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciador do 'mínimo existencial'. Viabilidade instrumental da arguição de descumprimento no processo de concretização das liberdades positivas (direitos constitucionais de segunda geração).

Ainda assim, existem aqueles medicamentos que não estão previstos na lista de fornecimento gratuito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como alguns tratamentos de saúde que buscam o aumento e a melhora da vida dos pacientes, que também não estão disponíveis de forma gratuita para a população.

A fim de coibir as alegações do Estado, de que não possui condições de fornecer todos os tipos de medicamentos e/ou tratamentos médicos ambulatoriais, o Supremo Tribunal Federal vem proferindo excelentes decisões, garantindo o direito à saúde, veja-se:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular — e implementar — políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde —

além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas — representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional insequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política — que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro — não pode converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (...). (RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, j. 12.09.2000, 2.ª Turma, DJ de 24.11.2000. No mesmo sentido: STA 175-AgR, Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes, j. 17.03.2010, Plenário, DJE de 30.04.2010).

No mesmo sentido, deve ser ressaltada a Proposta de Súmula Vinculante n.º 4/2008, encaminhada pelo Defensor Público Geral da União, objetivando a edição de súmulas vinculantes que tornem expressas:

- A responsabilidade solidária dos Entes Federativos no que concerne ao fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de ilegitimidade passiva corriqueira por parte das Pessoas Jurídicas de Direito Público;
- A possibilidade de bloqueio de valores públicos para o fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de que tal bloqueio fere o artigo 100, *caput* e § 2.º da Constituição de 1988.

Segundo Pedro Lenza (2014, p. 980):

Referida *proposta de súmula vinculante* está sobrestada, aguardando o julgamento do RE 566.471/RN, que teve a repercussão geral reconhecida e no qual se discute a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamentos de alto custo (matéria pendente de julgamento).

Nota-se que o tema do presente trabalho é tão corrente que já existem propostas de Súmulas Vinculantes.

Portanto, pode-se concluir que o bloqueio das verbas públicas, a fim de garantir a efetivação do direito à saúde mediante a entrega dos medicamentos, é medida essencial ao cumprimento da norma constitucional.

Isso porque quem mais sofre sem a entrega dos medicamentos necessários é a população mais carente do nosso País, que muitas vezes encontram hospitais lotados para serem atendidos, esbarram na falta de medicamentos, na falta de médicos e de tratamentos adequados ao seu caso clínico.

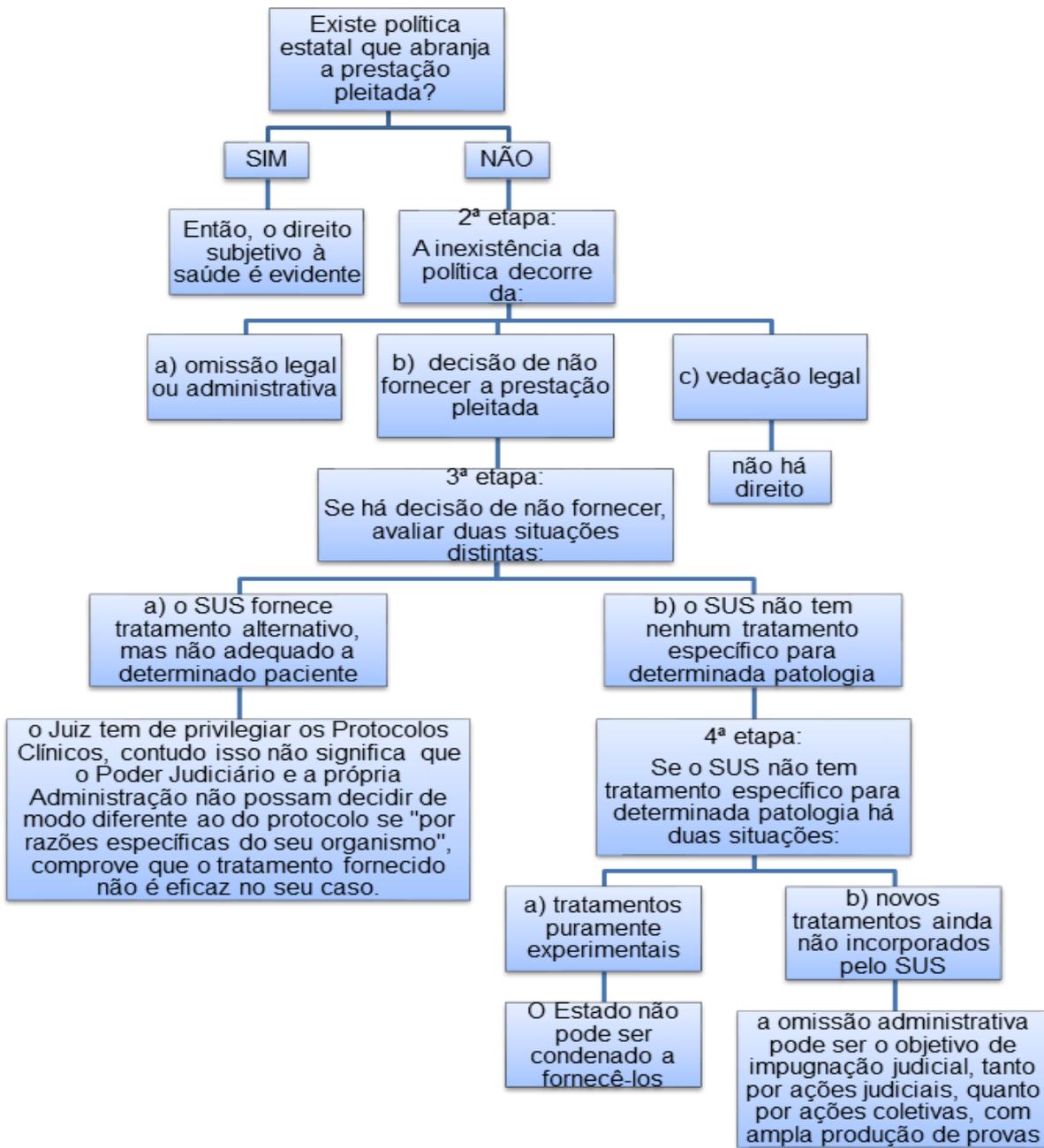
### **3.3 NOVAS FERRAMENTAS PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO DE ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL**

No intuito de o sistema Judiciário melhorar sua atuação no campo da judicialização da saúde e realizar uma melhor análise nas demandas judiciais, o Poder Judiciário brasileiro tem usado novos parâmetros para atender o número de demandas judiciais que tem aumentado nos últimos tempos.

Com o propósito de obter informações técnicas para essa tomada de decisão, o STF convocou uma audiência pública para discutir o tema, a Audiência Pública n.º 4, que foi realizada no ano de 2009. Nesta Audiência, foram ouvidos especialistas de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos, além de advogados, professores, técnicos de saúde e os próprios usuários do SUS, para auxiliar os magistrados em questões referentes à saúde nas ações em que o Estado é acionado para fornecer medicamentos coercitivamente, esclarecendo questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas que envolve o direito à saúde.

Após a realização da audiência e com vários debates sobre o assunto do presente trabalho, o Ministro Gilmar Mendes, que era o presidente do tribunal na época, proferiu a decisão da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n.º 175/CE, listando uma série de requisitos que deverão ser avaliados antes das sentenças dos processos que envolvem o direito à saúde, como por exemplo a vedação supracitada no art. 19-T da Lei 12.401/11.

Além da referida vedação, outras medidas também devem ser analisadas antes de decidir uma demanda envolvendo o direito a saúde, conforme fluxograma a seguir:



**Figura 1:** Percurso a ser realizado antes de decidir demanda envolvendo a saúde

(Fonte: [http://cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_31\\_30032010\\_22102012173049.pdf](http://cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf))

Um segundo acontecimento importante no cenário da judicialização da saúde foi a edição da Recomendação n.º 31, em 2010, pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ, que orientou os tribunais e magistrados a acolherem providências como diretriz, visando maior eficiência nas soluções e decisões das demandas judiciais envolvendo a saúde, mesmo não sendo coercitivamente.

A Recomendação n.º 31 estabeleceu que:

- b.1) Procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;
- b.2) Evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
- b.3) Ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;
- b.4) Verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;
- b.5) Determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas.

Com base nas diretrizes dadas pelo ministro do STF aos tribunais, alguns estados criaram uma importante ferramenta que visa auxiliar os magistrados no aperfeiçoamento das decisões judiciais que envolvem o direito à saúde. Nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, Espírito Santo, Piauí e no Paraná, esta ferramenta é chamada de NAT - Núcleo de Assessoria Técnica em ações judiciais em saúde. No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde também criou estratégias para organizar e cumprir estas demandas judiciais, nomeada como Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS - CODES.

A criação destas ferramentas é baseada no fato de que, já que os magistrados não têm conhecimento técnico e específico na área da saúde, como eles poderiam atender a determinada demanda judicial uma vez que os juízes desconhecem se o pedido pleiteado é realmente o melhor a fazer por aquele doente?

Sob esta ótica - já que as decisões sobre fornecimento de medicamentos têm caráter de urgência, necessitando ser medida rápida e eficaz por existir o *periculum in mora*, para que os juízes não determinem uma decisão de tutela antecipada correndo o risco de cometer algum equívoco ou desfalcar os cofres públicos do ente federativo condenado a dar a prestação jurisdicional pleiteada, o NAT e o CODES vêm para auxiliar os magistrados e demais operadores de direito, em conjunto com especialistas da área da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas), fornecendo subsídios técnicos uns aos outros para que a melhor decisão seja tomada.

### **3.4 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO EM DECORRÊNCIA DAS DECISÕES JUDICIAIS**

Apesar de ser um problema antigo, atualmente a judicialização da saúde ainda tem sido um transtorno frequente enfrentado com altas demandas judiciais, pois os cidadãos titulares de direitos ingressam ações junto ao Poder Judiciário e tais demandas sobrecarregam os tribunais. Ocorre que, para o cumprimento destas decisões, parte significativa do orçamento do ente federativo condenado a cumprir tal ordem judicial sofre com uma desorganização administrativa e orçamentária.

De um lado está o cidadão exigindo o seu direito a saúde de forma legítima, e do outro está o ente federativo que tem que cumprir com tal obrigação.

Pode-se extrair que a municipalização na execução dos serviços de saúde se deu com o artigo 30, VII, da Constituição Federal, onde tal artigo explana que “compete aos Municípios (...) prestar com a cooperação técnica da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

O artigo 18 da Lei 8.080/90 reforça o artigo 30, VII da Constituição federal, em que ambos incumbem ao município a obrigação de executar diretamente as ações e serviços de saúde, embora seja com solidariedade financeira e técnica da União e do Estado-membro.

Conforme Barroso (2010), "A União em parceria com os Estados e o Distrito Federal ocupa-se sobretudo da aquisição e distribuição dos medicamentos de caráter excepcional", e ainda que sejam os municípios os executores diretos das ações e serviços de saúde, essa assistência será restringida à atenção básica e aos procedimentos de

baixa complexidade. Os municípios que não têm capacidade técnica para procedimentos de média e alta complexidade devem encaminhar os pacientes para outra rede, esta sob gerenciamento do Estado, conforme explana o art. 17 em seus incisos IV e IX da Lei 8.080/90.

Por ser o município o ente mais próximo do cidadão e o principal responsável pela execução dos serviços de saúde, ele se torna a parte mais vulnerável dentre todos os entes federativos, onde concede um sacrifício financeiro com os gastos com a saúde.

Porém, como previsto no art. 35, VII, da Lei 8.080/90, o ente municipal terá meios para conseguir ressarcimento em caso de imposição judicial para execução de serviços de saúde que sejam da competência de outras esferas de governo.

Ao permitir a municipalização da execução dos serviços de saúde, a Constituição fixou um grande encargo aos Municípios, ainda que deva "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde" (C.F./88, art. 30, VII), tornando os Municípios reféns da cooperação técnica e dependentes dos Estados – membros e União.

Segundo dados publicados pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, as ações judiciais para fornecimento de medicamentos e outros insumos aumentaram gradativamente a cada ano.

Estes dados estatísticos mostraram que no ano de 2010, o Estado recebeu 9.385 ações judiciais para entrega de medicamentos; no ano seguinte foram 11.633 ações; em 2012, 12.031 pleitos; em 2013 foram 14.080 ações; em 2014 o número aumentou para 14.383 ações; e no ano seguinte, esse número aumentou ainda mais, chegando a 18.045 novas ações, totalizando 79.557 ações para entrega de medicamentos. Em 2016, o Estado cumpriu cerca de 47 mil condenações, tendo gasto anual estimado em R\$1 bilhão de reais, além de ter recebido mais 17.707 novas ações (SAUDE, 2016).

Um comparativo de gastos, realizado pelo Sistema CODES-SES/SP com base no ano de 2013, revela a diferença entre o atendimento realizado pela Assistência Farmacêutica do Programa de Medicamentos Especializados no Estado de São Paulo e o cumprimento de demandas judiciais realizadas na mesma localidade.

	<b>Total de pacientes atendidos</b>	<b>Custo por paciente (R\$)</b>	<b>Total de gastos (R\$)</b>
<b>Programa de Medicamentos Especializados Estado de São Paulo</b>	7,2 milhões	132	993.600.000
<b>Demandas judiciais</b>	38.578	10.368	399.715.285,57

**Tabela 1:** Comparativo de gastos e atendimento realizados entre o Programa de Atendimento Especializado do Estado de São Paulo e Demandas Judiciais (Fonte: S-CODES/ CONASS)

Com base na tabela exposta, conclui-se que para cumprir as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos, mais de 40% da verba total destinada à assistência farmacêutica fica comprometida com o atendimento a judicialização da saúde. O custo anual por paciente atendido através de demanda judiciais chega a ser 75 vezes maior que o paciente atendido pelos trâmites normais do SUS.

Muitas dessas ações querem obrigar o Estado a fornecer medicamentos que não estão em conformidade com as atuais políticas de saúde e assistência farmacêutica, não tendo evidência científica sobre a eficiência do fármaco pleiteado, ou mesmo pedidos que tratam de itens não ligados a terapia medicamentosa, sem relação nenhuma com o tratamento clínico de pacientes. Sobre estes últimos, atualmente a Secretaria cumpre mandados para entrega de sabão, fraldas (mais de 56 marcas, tipos e tamanhos diferentes), achocolatados diet, antissépticos bucais, pilhas alcalinas, álcool gel, dentre outras condenações excêntricas.

Nas cidades do interior do estado de São Paulo não tem sido diferente. Em consulta realizada na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Assis (informação verbal) <sup>1</sup>, até julho de 2017 já foram gastos R\$1.453.852,75 pelo município para cumprimento de 50 sentenças que englobam não apenas o pleito a medicamentos, mas também fraldas, leite em pó, dentre outros itens. No ano de 2016, foram aproximadamente 180 ações contra o município, gerando um impacto orçamentário de R\$2.000.192,35.

Acerca do impacto orçamentário das ações judiciais pleiteadas, o atual secretário da saúde do estado, David Everson Uip, afirma:

O problema da judicialização cresceu de forma exponencial e assustadora nos últimos anos, em todo o Brasil, desestruturando a lógica de funcionamento do SUS e suas competências. Com isso, a União, estados e municípios têm comprometido importante parcela de seus recursos humanos e financeiros, que deveriam ser destinado a políticas públicas para atendimento integral da população. Precisamos urgentemente debater o tema e enfrentar aquilo que não está correto, no nosso entender, mas sem esquecer o lado dos pacientes quando eles realmente necessitam tratamentos que a rede pública não oferece.

Sobre o mesmo propósito, destaca Sebastião Castro (2011).

Um provimento jurisdicional que ordene o atendimento público de determinada necessidade médica individual – fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do Poder Público – age em desfavor de toda a coletividade, pois atende a uma necessidade individual em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema e subverte, portanto, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir.

Em suma, boa parte da verba de saúde que os municípios recebem fica comprometida para o atendimento das ações judiciais, pois os gastos provenientes da judicialização da assistência terapêutica são muito altos e atendem uma camada muito pequena da população, agindo, assim, em prejuízo com todo o restante da coletividade.

---

<sup>1</sup> Dados fornecidos pelo responsável jurídico da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Assis, o advogado Nilton Cesar de Araújo, Assis em 25 de agosto de 2017.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à saúde é dever do Estado e está assegurado na nossa Carta Magna, sendo garantido de forma universal, igualitária, e integral a todas as pessoas, sem qualquer condição, limitação ou exclusão a qualquer medicamento ou tratamento que vise a redução de risco de doença e de outros agravos, mediante serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a democracia instalada na sociedade e os cidadãos tendo mais acesso às informações sobre seus direitos, cumulada com as dificuldades de prestação da assistência à saúde pelo Estado, ocorreram crescentes reivindicações através de demandas judiciais para pleitear o direito constitucional à saúde.

O fenômeno chamado 'judicialização da saúde' deu-se com o grande aumento de demandas judiciais nas últimas décadas em decorrência da falha dos serviços que deveria prestar com integralidade, fazendo com que o Poder Judiciário interferisse na atuação da gestão da saúde, inclusive na esfera da Assistência Farmacêutica.

Apesar de a Constituição federal, em seu artigo 23, II, instituir a competência comum, de solidariedade entre a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios para cuidar da saúde, é este último o ente mais vulnerável por estar mais próximo do cidadão, e é o ente que mais tem interesse na garantia da integralidade do atendimento à população, pois na falta do atendimento, será o município o primeiro polo passivo a responder em uma ação judicial.

A judicialização da saúde tem produzido um custo muito alto e gera um desgaste para ambos os polos da demanda judicial. O acionamento a justiça tem sido necessário para a efetivação do direito à assistência terapêutica, já que a saúde pública, apesar de suas normas institucionais e diretrizes implementadas, ainda não são suficientes para garantir total cumprimento e atendimento à população.

Com o intuito de auxiliar o Poder Judiciário quando este for convocado, foram criadas ferramentas importantes para que os tribunais façam valer esse direito, desenvolvendo instrumentos necessários para a obtenção das informações técnicas fundamentais para a tomada da melhor decisão, já que não é constitucional a decisão judiciária baseada tão somente em argumentos jurídicos, sem a necessária análise do quadro clínico da parte

requerente do processo e sem verificar a evidência científica sobre a eficácia ou segurança do medicamento, além da avaliação do custo-benefício comparativo em relação às terapias e tecnologias já existentes no sistema.

Diante de várias propostas - como a Audiência Pública n.º 4 de 2009 do STF e a Recomendação do CNJ n.º 31 de 2010, e criação de novos instrumentos para melhor enfrentar a questão - como o NAT e o sistema S-CODES, pretende-se que os magistrados, antes da apreciação de medidas de urgência, com auxílio de equipe multidisciplinar, formem um juízo de valor em relação às análises das ações que diz respeito à saúde.

Além da realização de todas essas propostas e utilização desses instrumentos, algumas questões também devem ser consideradas para a aplicação de um processo judicial justo. Assim, para corrigir os abusos e omissões dos gestores do SUS, seguem apontadas algumas propostas sugestivas para a resolução do problema da judicialização:

1. É necessário que o Poder Público modernize e otimize as ações e serviços de saúde do SUS com maior frequência, investindo em pesquisas científicas para incluir na lista do RENAME uma seleção e padronização maior de medicamentos de eficácia comprovada, evitando, assim, a prescrição médica que não esteja de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS ou sem registro na ANVISA, diminuindo assim a quantidade de novas ações no poder judiciário;
2. É imprescindível que o Poder Judiciário observe as normas em relação a competência da instância gestora do SUS ao determinar o fornecimento de medicamento, para que não recaia toda a responsabilidade somente nos municípios, afetando decisivamente o seu orçamento, e que o devido reembolso a ser realizado pela União Federal ao ente estadual ou municipal seja devidamente cumprido para que não haja prejuízo apenas aos mesmos;
3. Pode-se observar também que, com a concretização do direito à saúde, há um aumento vultoso nos gastos públicos, então é crucial que o Poder Público inclua no seu orçamento a previsão dos valores que serão remetidos ao cumprimento de demandas judiciais de saúde.

Dessa forma, se acatada tais propostas, haverá menos acionamento a justiça para a efetivação do direito à assistência terapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Neide Maria Carvalho. Direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. **Anais do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Direito**, 2007. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/055.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

AMARAL, Layla Coelho Dalossi. **Judicialização da saúde: Contradições e desafios na garantia do direito a saúde**. 2011. 37p. Relatório de pesquisa (Programa de Iniciação Científica). - Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA/Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA. São Paulo, Assis, 2011. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1011301250P411.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em 18/07/2017.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. 2008. Disponível em: [http://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao\\_ativismo\\_legitimidade\\_democratica](http://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica). (Acesso em: 18 de julho de 2017).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/com\\_1988/index.htm](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/com_1988/index.htm). (Acesso em 02 de agosto de 2017).

BRASIL, **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). (Acesso em 18 de julho de 2017)

BRASIL. **Recomendação n.º 31 do Conselho Nacional de Justiça**, Ministro Gilmar Mendes de 30 de março de 2010, Brasília/DF. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_31\\_30032010\\_22102012173049.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf). (Acesso em 01 de agosto de 2017).

BRASIL, **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde. Rename 2014, 9º edição**, Brasília/DF, 2015, disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Rename/Rename-2014-Julho2015.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Rename/Rename-2014-Julho2015.pdf). (Acesso em 29 de julho de 2017).

BRASILIA. **Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175/CE**. Relatório Ministro Gilmar Mendes, decisão processo n.º 2006.81.00.003148-1 (apelação cível n.º 48729/CE), 2009, Brasília/DF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. (Acesso em 01 de agosto de 2017).

CASTRO, Katia Regina Tinoco de. **Os juízes diante da judicialização da saúde : o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde**. 2012. 88p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas Direito Rio. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9769/K%C3%A1tia%20Regina%20Tinoco%20Ribeiro%20de%20Castro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (Acesso em 29 de agosto de 2018).

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos de. **"Impacto deslocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais"**. 2011, 51p. Concurso IV Prêmio SOF de Monografias. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: > [http://www.orcamentofederal.gov.br/educacao-orcamentaria/premio-sof-de-monografias/IV\\_Premio\\_SOF/Tema\\_2\\_3\\_lugar.pdf](http://www.orcamentofederal.gov.br/educacao-orcamentaria/premio-sof-de-monografias/IV_Premio_SOF/Tema_2_3_lugar.pdf). (Acesso em 05 de agosto de 2017).

FERREIRA, Siddharta Legale; COSTA, Aline Matias da. **Núcleos de Assessoria Técnica e Judicialização da Saúde: Constitucionais ou Inconstitucionais?** Rev. SJRJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 36, p.219-240, abr. 2013. Disponível em: [http://www.ufjf.br/siddharta\\_legale/files/2014/07/Nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde.pdf](http://www.ufjf.br/siddharta_legale/files/2014/07/Nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde.pdf). (Acesso em 29 de agosto de 2017).

FILHO, Manoel Gonçalves Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**, 38ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

FILHO, Michel Naffah. CHIEFFI, Ana Luiza. CORREA, Maria Cecília. **S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo/SP, 2010. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//boletim\\_bepa\\_84\\_gais\\_7.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//boletim_bepa_84_gais_7.pdf). (Acesso em 25 de julho de 2017).

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 18ª Edição, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO; MÁRTIRES, Inocêncio; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**, 4ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**, 6ª Edição. São Paulo: Editora Método, 2012.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado, 8ª edição**. São Paulo: Editora Método, 2012.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de; VENTURA, Míriam. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010.** Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015). (Acesso em 03 de agosto de 2017).

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: [http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo\\_mariana.html](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html) Acesso em: 31 ago. 2017.

SAUDE, Secretaria de Estado. **SP cria ofensiva para combater 'judicialização' da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Publicado por Assessoria de Imprensa em 15/04/2016.** Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2016/abril/sp-cria-ofensiva-para-combater-judicializacao-da-saude>. (Acesso em 01 de agosto de 2017).

SIQUEIRA, Paula Sue Facundo. **Judicialização em Saúde no Estado de São Paulo. Coleção Para Entender a Gestão SUS**, 1ª edição, 2015. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Disponível em: [http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_29.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf). (Acesso em 27 de julho de 2017).

TEIXEIRA, Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde. 2011**. In: Debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Brasil, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). (Acesso em 02 de agosto de 2017).