

Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE
Departamento de Administração

Curso de Especialização em Gestão Pública na Saúde

THIAGO GUEDES DE BRITO BERTELI

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
Os riscos da judicialização excessiva da saúde no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para a
obtenção do título de Especialista do curso
de Gestão Pública na Saúde da
Universidade de Brasília, sob a orientação
do Prof. Adalmir de Oliveira Gomes.

Brasília – DF

2016

OS RISCOS DA JUDICIALIZAÇÃO EXCESSIVA DA SAÚDE NO BRASIL

Resumo:

O tema deste artigo é a judicialização da saúde no Brasil. O objetivo é analisar os riscos causados pela judicialização excessiva do direito à saúde. Foram analisados três aspectos: impacto aos cofres públicos, comprometimento do atendimento à população, e ofensa ao princípio da equidade. As proposições primárias com as quais se trabalhou é de que a) a judicialização excessiva vislumbrada nos tribunais pátrios impacta negativamente o orçamento público, b) o atendimento aos usuários é comprometido, pois os recursos públicos são direcionados para o atendimento das demandas judiciais, e c) a judicialização fere o princípio da equidade, que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), ao determinar a realização de determinado procedimento sem observar a fila existente no processo de regulação das redes de atenção. O método utilizado foi a pesquisa documental com análise de conteúdo. Os resultados mostram que as demandas judiciais vêm crescendo nos últimos anos e gera um impacto negativo no orçamento e nas políticas públicas do SUS. Os resultados são discutidos no final do trabalho, e é proposta uma agenda para estudos futuros a respeito do tema.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Sistema Único de Saúde; Judicialização da Saúde.

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 fez constar o direito à saúde como um direito fundamental do cidadão, a todos concedido de forma integral e gratuita por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um direito inerente à própria dignidade da pessoa humana, e, por assim ser concebido, deve ser garantido pelo Estado a todo indivíduo.

O Ministério da Saúde (MS) é um órgão que pertence à estrutura do Governo Federal, mais precisamente do Poder Executivo, com grande importância para o Brasil. É responsável por organizar e elaborar políticas públicas referentes aos serviços e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde do povo brasileiro, e tem uma função essencial que caminha na mesma direção da concretização de um modelo de bem estar social ofertado no Brasil, visando, por meio das ações implementadas, conferir qualidade de vida aos brasileiros.

No âmbito do SUS é vigente o princípio do acesso universal, além da equidade e integralidade de tratamento. Contudo, a efetivação destes importantes norteadores das políticas de saúde pública vem enfrentando diversos desafios para se estabelecer no cenário atual do país. Um deles é o referente à judicialização do acesso à saúde, assim considerado o processo realizado por vias judiciais que garante ao cidadão o acesso direto à saúde pública, sem se submeter a questões orçamentárias do ente responsável pela prestação. Isto gera, porém, um impacto bastante considerável tanto no orçamento como no planejamento das políticas públicas do SUS, além de promover o redirecionamento da organização interna para atendimento, ou seja, os casos advindos de decisões judiciais “atropelam”, por assim dizer, a fila existente no processo de regulação das redes de atenção, comprometendo, deste modo, a incidência do princípio da equidade.

Tendo em vista o exposto, e considerando, de um lado, o direito à saúde como um direito fundamental do homem, imprescindível a uma vivência digna, e, do outro, a necessária observância aos princípios regentes do SUS, em especial, ao princípio da equidade, elaborou-se a seguinte situação-problema para ser respondida neste estudo: a judicialização da saúde pode comprometer o orçamento público, impactando negativamente o atendimento à população?

O objetivo do estudo é analisar os riscos causados pela judicialização excessiva do direito à saúde aos cofres públicos, bem como do comprometimento do atendimento à

população, e da ofensa causada ao princípio da equidade. Sendo assim, pretende-se apresentar o direito à saúde no Brasil como um direito fundamental do homem, representando a concretização de sua dignidade enquanto pessoa humana e analisar a gestão e financiamento do SUS no Brasil, tendo por base os procedimentos da média e alta complexidade e o acesso a medicamentos através do SUS.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: referencial teórico, método, resultados e discussão e considerações finais.

2. Referencial teórico

O fenômeno da judicialização de política pública no Brasil é contemporâneo ao início da promulgação da Constituição Federal de 1988, e tem um aumento expressivo a partir da década de 90 quando os Poderes Executivo e Legislativo não tem capacidade para dar as respostas de efetividade dos direitos fundamentais sociais para todos os cidadãos (CARLINI, 2015).

O acesso à saúde por meio das vias judiciais tornou-se uma forma de ingresso do cidadão ao SUS para solucionar problemas que afetam as pessoas e não conseguem ter acesso ao tratamento pela forma convencional. Seja para conseguir acesso a medicamentos, obter órteses e próteses, realizar procedimentos de média e alta complexidade ou requisitar vagas para internação no SUS e na rede privada de hospitais.

O termo judicialização é utilizado para demandas judiciais que ocorrem no Poder Judiciário com a finalidade de obter uma decisão favorável para alcançar um objetivo (MACIEL; KOERNER, 2002). Segundo Ventura (2010, p.78):

“O fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos”.

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno que vem crescendo nos últimos anos e se tornando um grande problema para a gestão do SUS. O cidadão que não consegue atendimento pelo SUS na forma convencional, ou seja, o atendimento com acesso universal e integral de um tratamento necessário para prevenir, acompanhar, curar uma enfermidade, realizar procedimentos da média e alta complexidade ou até mesmo fazer um exame de saúde, esta pessoa utiliza as vias judiciais para obter o tratamento de saúde que necessita, pois este direito está garantido de acordo com a Constituição Federal/88, no art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Tendo este cenário como ponto de partida, o capítulo seguinte será destinado a abordar o direito à saúde no cenário jurídico brasileiro, posto que, como visto, a Constituição Federal de 1988 o coloca como um direito social, espécie de direito fundamental do homem.

2.1. O direito à saúde no Brasil.

A Constituição é um complexo que congrega normas fundamentais de um ordenamento jurídico (BORGES NETTO, 2000). Conforme Mendes e Branco (2014), é possível segregá-la em duas grandes partes: a parte orgânica, que cuida de normatizar aspectos estruturais do Estado, determinando competências dos órgãos considerados essenciais para a sua existência; e a parte dogmática, na qual são proclamados os direitos fundamentais, com a declaração e instituição de direitos e garantias individuais, além de direitos culturais, econômicos e sociais. Em resumo, portanto, a Carta Magna de um país se destina a nortear a ação estatal, bem como expressar os valores que considera indispensáveis para uma ordem correta da comunidade.

Embora, como regra geral, segundo Lenza (2012), todas as normas constitucionais sejam dotadas de eficácia, algumas de ordem jurídica e social, outras apenas de ordem jurídica, esta eficácia pode ser plena, quando idôneas para a produção de todos os efeitos previstos; contida, quando, embora sejam auto executáveis, estando igualmente aptas para a produção de plenos efeitos nas relações jurídicas, podem sofrer restrição em sua abrangência por deliberação do legislador infraconstitucional; ou limitada, também denominada reduzida, na medida em que a produção de seus efeitos essenciais está atrelada a um desenvolvimento normativo, que se

encontra a cargo dos poderes constituídos. Em outras palavras, para que ela surta seus efeitos básicos, é necessária atuação do legislador infraconstitucional. Por isto, são consideradas normas de baixa densidade normativa, incompletas (MENDES; BRANCO, 2014).

Segundo Silva (2012), as normas de eficácia limitada são subdivididas em normas de princípio institutivo, também denominadas normas de princípio organizativo, e normas de princípio programático, ou simplesmente normas programáticas. As normas de princípio institutivo contêm um início de estruturação de instituições e institutos, órgãos e entidades (MENDES; BRANCO, 2014). Neste mesmo sentido, cite-se Silva (2012), que assim dispõe:

[...] normas constitucionais de princípio institutivo aquelas através das quais o legislador constituinte traça esquemas gerais de estruturação e atribuições de órgãos, entidades ou institutos, para que o legislador ordinário os estructure em definitivo, mediante lei (SILVA, 2012, p. 126).

São exemplos de normas constitucionais de princípio institutivo o inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal, que dispõe que “a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público” (BRASIL, 1988). Conforme destacam Mendes e Branco (2014), neste caso, embora se cogite do instituto da contratação excepcional de servidor, com ressalva à regra geral de obrigatoriedade de realização de concurso público para a contratação de servidores, ele ainda não pode ser aplicado enquanto não sobrevier lei que discipline os casos justificadores desta providência.

As normas programáticas, por sua vez, impõem um dado dever ao poder público, prescrevendo uma ação futura (MENDES; BRANCO, 2014). Introduzem programas a serem implementados pelo Estado com vistas à realização de fins sociais.

[...] através das quais o constituinte, em vez de regular, direta e imediatamente, determinados interesses, limitou-se a traçar-lhes os princípios para serem cumpridos pelos seus órgãos (legislativos, executivos, jurisdicionais e administrativos), como programas das respectivas atividades, visando à realização dos fins sociais do Estado (SILVA, 2012, p. 138).

Segundo Miranda (2002), estas normas são dotadas de “aplicação diferida”, na medida em que não consentem aos cidadãos a sua invocação desde já, ou em momento imediatamente após a entrada em vigor da Constituição. Em outras palavras, não é possível o seu cumprimento

só por si. Isto não significa, porém, que este preceito não tenha força jurídica (MENDES; BRANCO, 2014).

De fato, as normas programáticas possuem valor jurídico bastante destacado, na medida em que impõem um dever político ao órgão que detém a competência para a satisfação de seu comando, condicionando a discricionariedade dos aplicadores do direito, bem como servindo de norte teleológico à aplicação e interpretação do direito (MENDES; BRANCO, 2014).

Impedem comportamentos contrários a elas mesmas, podendo gerar pretensões a abstenção. Revogam normas anteriores incompatíveis com o programa que promovem e, se atrimam com normas infraconstitucionais posteriores, levam à caracterização de inconstitucionalidade. O dever de agir decorrente dessas normas marca-se, caracteristicamente, pela margem de discricionariedade dilatada, reconhecida aos poderes públicos para satisfazê-las em concreto, estando a sua eficácia dependente não apenas de fatores jurídicos mas também de fatores econômicos e sociais (MENDES; BRANCO, 2014, p. 77).

Conforme Mendes e Branco (2014), as normas programáticas se desenvolvem ou criam obrigações por meio da edição de leis, por meio de atividade material dos poderes públicos, ou através de ambos (ou seja, produção legislativa e esforços materiais). É o caso, por exemplo, da premissa contida no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que tem a seguinte redação: “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).

Como visto, o direito à saúde tem caráter programático. Contudo, não é possível que isto se vire contra o administrado a ponto do Estado vir a justificar a sua inércia ou impossibilidade de prestação de serviços no âmbito da Teoria da Reserva do Possível, que dispõe que o reconhecimento dos direitos sociais depende da disponibilidade dos respectivos recursos públicos necessários para satisfazerem as prestações materiais que constituem seu objeto.

Segundo Mazza (2014), a Teoria da Reserva do Possível está relacionada com os direitos sociais expressos na Carta Magna que o Estado teria alguma obrigação a fazer, e que existe a necessidade de uma prestação no sentido em que o indivíduo pode aguardar da sociedade uma resposta, mas a limitação do Estado é justificada em razão das condições socioeconômicas e estruturais. Já Mínimo existencial está relacionado com um conjunto de bens e utilidades básicas

necessárias para se ter uma vida digna, podendo citar como exemplo a saúde, a moradia e a educação fundamental.

E isto tem uma só razão: os direitos à vida e à saúde, tidos como fundamentais de primeira necessidade, compõem o mínimo necessário para que seja alcançada a dignidade humana, não admitindo qualquer obstáculo de ordem financeira à sua plena concretização. Nesta linha de raciocínio, a jurisprudência tem sido pacífica ao afirmar que a Teoria da Reserva do Possível não pode prevalecer frente à Teoria do Mínimo Existencial, que, por sua vez, impede o Estado de invocar qualquer escusa em prover determinados direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde (STF, AI 550530 PR; TJ-DF, APL 756025220058070001 DF; e STF, ADPF n° 45/DF).

Observa-se que o entendimento, inclusive na Suprema Corte, é unânime de que, muito embora o artigo que trata o direito à saúde no bojo da Constituição Federal de 1988 tenha caráter programático, como dito, este não pode ser entendido como um permissivo para que o Estado cumpra com o seu dever somente quando houver possibilidade – ou seja, não é possível invocar a Teoria da Reserva do Possível para justificar a inércia estatal na prestação de serviços destinados a garantir o pleno exercício do direito à saúde.

2.2. O impacto das demandas judiciais aos cofres públicos.

No Brasil, o modelo de financiamento do SUS que prevalece é exclusivamente público, ou seja, por meio de tributação da sociedade e renúncia fiscal para os agentes econômicos da área de saúde.

O sistema de financiamento do SUS ocorre na modalidade de fundo a fundo entre gestores, no qual busca critérios para equidade dos recursos. Esse sistema é dividido em seis blocos: I - Atenção Básica, II - Média e Alta Complexidade da Assistência à Saúde, III - Vigilância em Saúde, IV - Assistência Farmacêutica, V - Gestão do SUS e VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Conforme disposto no Art. 14º da Portaria GM/MS n.º 204/2007, o financiamento por recursos federais das ações de Média e Alta Complexidade (MAC) é realizado por meio de transferência regular mensal e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos dos Estados,

Municípios e Distrito Federal. Já o Art. 24 que define o bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é representado por três componentes: I – Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e III – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A forma como ocorre o processo de judicialização da saúde atinge diretamente o financiamento do SUS, seja o bloco II: Média e Alta Complexidade ou o bloco IV: Assistência Farmacêutica. Pois estes blocos já recebem um valor para realizar os procedimentos necessários para atender a população e oferecer saúde para todos. O problema que quando ocorre judicialização, impacta negativamente no planejamento elaborado pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, interfere no orçamento do órgão, sendo necessário aumentar as despesas para atender o pleito das decisões judiciais desfavoráveis, gerando até duplicidade de pagamento, pois realiza os mencionados depósitos em conta judicial para cumprir decisão do magistrado (FEIJÓ, 2012).

Os gastos públicos são determinados de acordo com o previsto na lei orçamentária, sendo a lei de orçamento responsável pelo direcionamento das despesas públicas, inclusive no que corresponde aos direitos sociais explícitos na Constituição Federal de 1988, pois, não adianta falar em direitos sociais e políticas públicas sem considerar os recursos financeiros disponíveis pelo Estado para realizar tais ações.

O Poder Judiciário muitas vezes desconsidera as políticas públicas do SUS que envolvem o direito à saúde, e no julgamento das ações fica restrito somente a uma leitura do ordenamento jurídico sem observar o planejamento orçamentário que foi elaborado para atender as políticas públicas de saúde, sendo assim, desta forma inviabiliza a sustentabilidade financeira da política de saúde elaborada pelo Ministério da Saúde devido à incompatibilidade entre a decisão proferida pelo Poder Judiciário e as normas das finanças públicas que é uma exigência a ser cumprida pelo Poder Executivo (MAZZA, 2014).

Vale considerar que o Sistema Único de Saúde tem por diretriz Constitucional, prevista na alínea I do seu Art. 198, a “*descentralização, com direção única em cada esfera de governo*”, e que os valores mínimos a serem aplicados em saúde por cada ente federado são definidos na

Lei Complementar nº 141/2012. Sendo assim, a responsabilidade por financiar o Sistema Único de Saúde deve ser também dos municípios, estados e Distrito Federal.

Além da desorganização do sistema de saúde e da indisponibilidade orçamentária que o processo de judicialização promove no exercício da microjustiça, é importante citar também a desorganização dos pactos sociais formulados durante o processo de votação das Leis Orçamentárias, onde impacta diretamente no orçamento do SUS. As análises de caráter orçamentário devem ser consideradas como um limite ao abuso de poder econômico que ocorre de acordo com as demandas judiciais no SUS (BLIACHERIENE et al, 2014).

O processo de judicialização da saúde não é um problema exclusivo do Ministério da Saúde, e sim de todos os entes da federação envolvidos no SUS. As demandas judiciais geram um impacto negativo no orçamento e gestão dos entes estaduais e municipais do Brasil. A judicialização de saúde é responsabilidade da união, estado, município e Distrito Federal. Todos os entes compõem o Sistema Único de Saúde e suas responsabilidades são compartilhadas.

Segundo Bliacheriene et al. (2014) o SUS não tem capacidade para atender toda a população, o sistema carece de infraestrutura de qualidade e o financiamento é insuficiente para atender os critérios mínimos de saúde à população, sendo assim, acaba dependendo do sistema de saúde suplementar para garantir uma política pública de saúde populacional. Mas, mesmo assim, a saúde suplementar também sofre com as demandas judiciais e apresenta um quadro que acaba ajudando o fenômeno da judicialização da saúde.

O estado de São Paulo pode ser citado como um exemplo de ente da federação que sofre com as demandas judiciais. Um dos estados com maior índice de judicialização das políticas públicas de saúde, para se ter uma dimensão do que representa as demandas judiciais no estado, de acordo com relatório gerado pelo sistema S-CODES em dezembro de 2013, foram localizados 34.635 processos judiciais relacionados a saúde. A secretaria de saúde do estado de São Paulo teve um gasto financeiro de: R\$212.773.346,01 em 2010, R\$282.245.933,18 em 2011, R\$339.713.979,26 em 2012 e R\$399.715.285,57 em 2013 para atender às demandas judiciais em saúde. Pode-se observar a evolução dos gastos com judicialização, pois em um período de 4 anos praticamente dobrou os valores e ligou um alerta no estado. (CHIEFFI; SIQUEIRA, 2014).

A partir de 2010, houve um aumento considerável de 500% nos gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Em 2010, o valor consumido foi de R\$ 139,6 milhões. Já em 2014, o gasto com demandas judiciais chegou a R\$ 838,4 milhões. Durante este período, o valor total chama atenção pelo impacto orçamentário, pois a soma ultrapassa R\$ 2,1 bilhões (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Com o crescimento das demandas judiciais, o orçamento elaborado para as ações e programas de atendimento coletivo da população tem sido consumido cada vez mais para o atendimento das demandas judiciais referentes ao SUS.

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde é ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da união. E os planos de saúde são as bases das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990).

2.3. O comprometimento do atendimento à população no contexto de judicialização do SUS.

Um dos princípios organizativos do SUS, definido na Lei nº 8.080/1990, é a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, definindo os papéis dos três níveis de direção do SUS: federal, estadual, municipal e Distrito Federal. Nesse contexto, a regulamentação do sistema define como competência do Ministério da Saúde, a proposição de políticas públicas em saúde, a participação no financiamento, a cooperação técnica, além da avaliação, regulação, controle e fiscalização do sistema. Os municípios, por sua vez, respondem pela integralidade da atenção à saúde de sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união, mas sempre observando o princípio da descentralização dos serviços, que implica na responsabilização do gestor local do SUS frente à prestação direta dos serviços de saúde, inclusive pelo pagamento a prestadores sob sua gestão.

É oportuno ressaltar que com o advento do Pacto pela Saúde, publicado por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, ficaram redefinidas as responsabilidades de cada gestor no âmbito do SUS, fortalecendo a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, estabelecendo que competem aos gestores estaduais e municipais, dentre outras previstas em ato normativo, as seguintes atribuições: a) monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo); b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados; d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços; e) monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial, f) implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano estadual/municipal de saúde, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial e g) realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados sob sua gestão.

De acordo com Ciarlini (2015) a falta de argumentos mais técnicos nas decisões judiciais em ações de saúde são consideradas, atualmente, os pontos mais urgentes do problema da judicialização da saúde, onde destaca questões como: problemas na prestação de serviço ambulatorial; problemas com a questão farmacêutica; a regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI); o atendimento fora de domicílio e no exterior; a concessão de órteses e próteses. Outro ponto a ser destacado são as questões relativas à atenção oncológica e dispensação de medicamentos em fase experimental, pois são decisões que geram um grande impacto no orçamento do SUS.

Em referência ao balanço divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça ficou constatado que tramitam na Justiça brasileira cerca de 240.980 processos relacionados às demandas judiciais da saúde. A maioria destes processos é iniciada por pessoas que buscam, por via do Poder Judiciário, o acesso a medicamentos e procedimentos médicos da média e alta complexidade custeados pelo SUS, vagas para internação em leitos de hospitais, além do grande volume de ações movidas por usuários de seguros e planos privados junto ao setor de saúde (REIS, 2012).

As demandas judiciais de saúde demonstraram um grande problema até mesmo para o Poder Judiciário. Com a crescente demanda de judicialização da saúde e os recursos insuficientes para atender a população, o Supremo Tribunal Federal (STF), em 2009, realizou uma Audiência Pública com intuito de debater o tema de grande interesse para sociedade. A Audiência Pública foi composta por diversas personalidades da área jurídica, representantes do Ministério da Saúde, usuários do SUS, professores e pesquisadores da área de saúde, gestores públicos e outros interessados no assunto. Foram praticamente abordados três assuntos relacionados à judicialização: dispensação de medicamentos, a alocação de recursos e a função e a interligação entre os três poderes.

Segundo Machado (2014), o debate brasileiro sobre o fenômeno da judicialização da saúde é de extrema importância para a sociedade brasileira e apresenta argumentos construtivos negativos e positivos. Na forma negativa pode-se citar a escassez dos recursos orçamentários do SUS, o caráter individual da demanda sobre a coletividade e a ausência de parâmetros médicos técnicos quando se relaciona com a decisão judicial. Como positivo é interessante levantar o direito constitucional referente à saúde, a falta de eficiência administrativa na prestação de serviços e a relevância da atividade judicial para concretização do SUS.

Com base no levantamento elaborado sobre judicialização da saúde no Brasil, ficou constatado durante o período de 2006 a 2010, que as ações judiciais se tornaram um caminho cada vez mais utilizado para se obter a efetivação do direito expresso à assistência em saúde, dando possibilidade ao surgimento de inúmeras decisões judiciais que envolvem a falta de medicamentos nas farmácias e postos de saúde, a insuficiência de leitos nos hospitais para atender a grande demanda da população, os custos dos tratamentos e alta complexidade e as graves deficiências na formulação e execução das políticas públicas (ARAÚJO et al, 2013).

O estudo elaborado por Diniz et al. (2014), no qual foi feito um levantamento das demandas judiciais cíveis, no período entre 2005 e 2010, para obter acesso à assistência em saúde no Distrito Federal, demonstra o crescimento do fenômeno de judicialização no SUS. De acordo com os resultados apresentados, no Distrito Federal, a principal demanda de judicialização ocorre por causa da necessidade de se obter acesso à UTI, logo em seguida vêm as demandas por medicamentos e depois assistência médica.

De acordo com Bliacheriene et al. (2014) existem algumas causas que podem ser apontadas para o fenômeno da judicialização no Brasil, como: a crise do Estado, quando sobressai o papel do Poder Judiciário; falhas da gestão na formulação e execução das políticas públicas do SUS; amplitude dos direitos sociais estabelecidos na CF/88; atuação incisiva do poder econômico da indústria dos bens de saúde (farmacêutica e tecnológica, entre outros) para inserir produtos, nem sempre eficazes, no mercado e no sistema de saúde pública e privada no Brasil; maior atuação do Ministério Público e das Defensorias para garantia de direitos sociais; e o ativismo judicial.

Ponderando as causas citadas acima sobre a judicialização de saúde, é necessário obter uma sintonia entre as vontades dos usuários do SUS, do legislador e dos prestadores públicos e privados de bens de saúde – principalmente no que se refere aos privados de bens e serviços de saúde – que inclui a indústria farmacêutica, órteses, próteses, entre outras, e que movimentam um grande mercado no Brasil, com a intenção de diminuir a influência destes no processo de judicialização.

Com isso, além da gestão descentralizada do SUS, onde todos os entes (União, estados, Distrito Federal e municípios) têm responsabilidades definidas pela lei, quando ocorre um processo de judicialização contra o SUS todos os entes deveriam responder de forma solidária, mas, na maioria dos casos, o Ministério da Saúde é réu sozinho nos processos e acaba sendo responsabilizado de forma solitária.

Quando ocorre um processo de judicialização no SUS, e há uma decisão judicial que impõe obrigação à União, a Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde (CONJUR-MS) é acionada. A CONJUR-MS é um órgão integrante da Advocacia Geral da União, e seu vínculo é administrativo junto ao Ministério da Saúde. Tem como competência e atribuição apoiar juridicamente as ações do Ministério da Saúde, como um todo, de forma que as políticas públicas, o gasto em saúde e a elaboração de normas, na esfera do SUS, sejam respeitadas (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

O cumprimento das decisões judiciais pela União no SUS se dá por 3 (três) formas: a) Aquisição pelo Ministério da Saúde do medicamento/insumo pleiteado (compra direta); b) Depósito do valor necessário à aquisição, pelo próprio paciente, do medicamento ou tratamento

médico requisitado (depósito em conta judicial); e c) Repasse aos estados ou municípios de parcela do valor do medicamento/tratamento, quando o paciente é por eles atendido e/ou quando a decisão é assim determinada (CONJUR, 2013).

2.4. O impacto do princípio da equidade no SUS.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um fundamento da República Federativa do Brasil, consoante estabelecido no art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988. A Lei Magna trata ainda de forma mais específica sobre a questão da saúde nos arts. 196 a 200: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 Saúde como direito de cidadania e dever do Estado, tem suas definições na Lei nº 8.080/1990 a qual estabelece como um dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade. A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público, sem realizar nenhum pagamento pela sua prestação.

São princípios do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 7º, I e II, da Lei nº8.080/90:

“A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”;

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e a Lei nº 8.142/90 regulamenta o acesso integral da saúde pública, sendo necessário que o atendimento do paciente seja iniciado de forma igualitária para todos os cidadãos respeitando o princípio da equidade.

O acesso ao Sistema Único de Saúde para o cidadão deve ser respeitado por todos os usuários, sendo assim, é necessário levar em consideração a definição de regulação segundo Perrot, Carrin, Evans (2005 apud CONASS, 2011).

“Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Essa função regulatória pode ter várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro” (p. 19).

É interessante ficar claro a real necessidade de respeitar a regulação do SUS, é preciso sempre manter foco no seu objetivo, que é assegurar o desempenho do sistema de saúde como um todo, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa e atender às necessidades de saúde da população prevalecendo a coletividade do sistema. Sendo assim, o Estado tem um papel fundamental como mediador coletivo do sistema de saúde para direcionar os serviços com objetivo de atender a população da melhor maneira possível.

Quando acontece um processo de judicialização da saúde, no qual uma pessoa busca o Poder Judiciário para obter uma decisão favorável e mais rápida com intuito de conseguir o tratamento de saúde, isso gera um novo problema para a gestão do SUS. Pois, sendo assim, esta pessoa não está respeitando o princípio de equidade onde se busca o atendimento igual para todos e afeta diretamente o processo de regulação do sistema de saúde estabelecido em lei, mas, no entanto, este mesmo cidadão está resguardado no direito fundamental que a própria Constituição Federal/88 expressa, pois é dever do Estado oferecer um tratamento universal e integral para qualquer indivíduo.

A partir da legislação do SUS que começa o problema da judicialização de saúde, pois, de acordo com o arcabouço normativo, com todos os direitos adquiridos e amparados pela lei, o cidadão busca por meio da justiça o acesso à saúde. E independente dos recursos orçamentários disponíveis para aplicação dos programas do Ministério da Saúde, geralmente, os juízes do Poder Judiciário se baseiam nos princípios fundamentais expressos na Constituição Federal/88 para

proferir suas decisões favoráveis aos cidadãos. Além dos recursos orçamentários serem escassos, uma decisão judicial interfere diretamente na sociedade, pois é um direito de uma única pessoa prevalecendo sobre o direito de coletividade proposto pelo SUS.

Com o panorama de crescimento das demandas judiciais, o financiamento e a gestão do SUS são os desafios para serem trabalhados em busca de soluções para atender à população com objetivo de oferecer um serviço de referência e eficiência para todos e, conseqüentemente, reduzir ao máximo o acesso ao SUS por meio da judicialização, e respeitar os princípios do SUS, principalmente, o princípio da equidade, que fortalece a ideia de tratamento igual para todos os cidadãos, sem ferir o direito da coletividade.

3. Método

Este estudo tem características que o classificam, quanto aos meios, como pesquisa bibliográfica, já que parte de obras já publicadas. A coleta de dados foi realizada em fontes disponibilizadas em meio impresso e digital, tendo sido considerados, para este fim, livros, artigos científicos, teses, dissertações e os bancos de dados do Ministério da Saúde. Foram feitos levantamentos jurisprudencial nos tribunais do Brasil e documental no Portal da Transparência do Governo Federal.

Já em relação aos seus fins, a pesquisa pode ser classificada como descritiva e exploratória, na medida em que disporá, além da fundamentação teórica, de dados coletados que correspondam à problematização e às questões levantadas, contrapondo com as proposições, ações e narrativas dos sujeitos, tendo como objetivo gerar conhecimentos, envolvendo verdades e interesses universais.

4. Resultados e discussão

O referencial teórico aqui apresentado demonstra que, no Brasil, o direito à saúde é tido, pela Constituição Federal de 1988, como um direito fundamental do homem, espécie de direito social (artigo 6º da Constituição Federal) (BRASIL, 1988). Desta forma, o Estado deve tomar as

medidas necessárias à garantia do usufruto deste direito pelo cidadão, pelo fato deste se encontrar diretamente relacionado à sua própria dignidade enquanto pessoa humana – e o faz por meio da elaboração de políticas públicas, que visam, de acordo com o orçamento público definido, atender as necessidades da população em relação à efetivação de seus direitos (CIARLINI, 2015).

Ocorre, porém, que, a partir da década de 90, com os Poderes Executivo e Legislativo falhando na garantia da efetividade dos direitos fundamentais sociais a todos os cidadãos, o Poder Judiciário, sendo acionado, passou a determinar ao Estado a realização de atendimentos pelo SUS que não eram obtidos pela forma convencional – ou seja, pela submissão à fila de regulação de espera existente no órgão. Tal atuação deu origem ao que se convencionou denominar “judicialização da saúde”. Deste modo, este é o termo que se utiliza para identificar as demandas judiciais que tem o escopo de obter decisão favorável do Poder Judiciário para alcançar um objetivo onde o Poder Executivo falhou em sua atuação (MACIEL; KOERNER, 2002).

Se este fenômeno tem um lado positivo, considerando a relevância da atividade judicial para a concretização do acesso do direito à saúde pelo cidadão quando houver falhas na atuação administrativa na prestação dos serviços públicos à coletividade, é certo, também, que ele possui um lado negativo, tendo em vista que impacta todo o sistema de saúde, que possui orçamento limitado pelo Ministério da Saúde (MACHADO, 2014).

4.1. Orçamento do SUS e os gastos com as demandas judiciais dos procedimentos de média e alta complexidade e dos medicamentos.

Corroborando o que se levantou na teoria, veja-se a Tabela 1 abaixo, que traz a evolução do orçamento total do Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde) liberado entre os anos de 2010 a 2016:

Tabela 1: Orçamento total do Ministério da Saúde – de 2010 a 2016 (série histórica)

ANO	VALORES EM REAIS (R\$)
2010	58.886.049.141
2011	68.603.990.894
2012	83.498.020.408
2013	90.970.766.823
2014	97.361.387.074
2015	112.332.089.830
2016	110.661.301.789
TOTAL	622.313.605.959

Fonte: Ministério da Saúde - SIOP

É possível verificar, pelos dados aqui apresentados, que, do ano de 2010 a 2016, o orçamento destinado ao Ministério da Saúde foi crescente, perfazendo um total no período de R\$ 622.313.605.959 (número absoluto). Frise-se, porém, que o orçamento público, quando de sua realização, é feito para o período de 1 (um) ano e rateado entre os entes federados conforme previsão orçamentária, sendo o mesmo calculado como suficiente para atendimento da demanda neste período. Ou seja, o valor encaminhado já tem destino certo (MAZZA, 2014).

Quando, pois, o Poder Judiciário determina a realização de determinado procedimento ou fornecimento de um medicamento sem atentar à fila de espera existente no SUS, ele adentra à esfera de atuação do Poder Executivo, pois o mandado judicial deverá ser cumprido, não cabendo, inclusive, aos entes arguir falta de recursos, por meio da invocação da Teoria da Reserva do Possível – ou seja, que os direitos serão atendidos na medida da disponibilidade de recursos pela Administração Pública. Isto porque esta teoria deve se curvar à Teoria do Mínimo Existencial, tendo em vista que, como destacado no referencial teórico apresentado, o direito fundamental à saúde serve para efetivar o direito a uma vivência digna a que todos os cidadãos têm direito (STF, AI 550530 PR; TJ-DF, APL 756025220058070001 DF; e STF, ADPF n° 45/DF).

Para se vislumbrar o impacto causado, veja-se as Tabelas 2 e 3, que trazem, respectivamente, os gastos oriundos da judicialização da saúde pública em relação a procedimentos de média e alta complexidade (de 2013 a 2015) e ao fornecimento de medicamentos (2008 a 2014).

Tabela 2: Judicialização: procedimentos média e alta complexidade – 2013 a 2015

ANO	VALORES EM REAIS (R\$)
2013	113.685.110,23
2014	141.371.785,87
2015	141.272.718,64

Fonte: e-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão

Do total destinado ao orçamento do Ministério da Saúde em 2013, veja-se que 0,12% (R\$113.685.110,23) foram redirecionados para atender ordem judicial de custeio de procedimentos de média e alta complexidade. Em 2014, este quantitativo foi de 0,15% (R\$141.371.785,87), e em 2015 atingiu 0,13% do total (R\$141.272.718,64). Por mais que o orçamento do Ministério da Saúde aumentou nos anos 2013, 2014 e 2015, a judicialização de saúde não pode se tornar uma porta de entrada normal para o cidadão utilizar o Sistema Único de Saúde. As demandas judiciais têm que ser vista como uma exceção ao acesso para tratamento de saúde para não comprometer o atendimento da coletividade.

O mesmo quadro é observado em relação à judicialização de medicamentos. Veja-se:

Tabela 3: Judicialização: medicamentos – 2008 a 2014

ANO	VALORES EM REAIS (R\$)
2008	70.154.252,00
2009	105.243.741,91
2010	107.083.794,03
2011	141.018.175,76
2012	324.452.876,65
2013	435.097.508,26

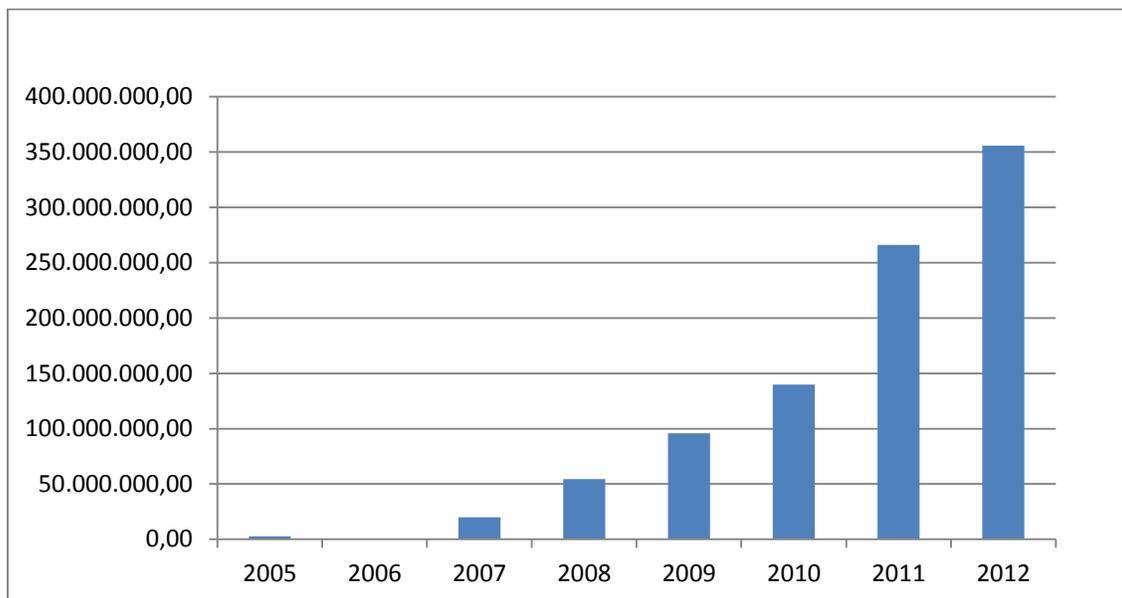
2014	698.831.712,49
------	----------------

Fonte: e-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão

Verifique-se que o quantitativo referente à judicialização de medicamentos extrapola e ainda o de judicialização de procedimentos de média e alta complexidade. Se observar o valor gasto no ano de 2008, R\$70.154.252,00, e reparar o valor que representa o ano de 2014, R\$698.831.712,49, é um aumento preocupante, pois foi uma evolução de 996%, quase dez vezes mais no período citado.

Para ilustrar, veja que, em 2014, enquanto a judicialização de procedimentos de média e alta complexidade correspondeu a 0,15% do orçamento total do Ministério da Saúde, o de judicialização de medicamentos foi equivalente a 0,72%. Juntos, perfizeram 0,87% do total destinado ao orçamento do Ministério da Saúde no ano de 2014. O que não parece ser muito ao se analisar em pontos percentuais, ao se somar chega-se à monta, em números absolutos de R\$ 840.203.497 gastos além da previsão orçamentária anual, pois os valores gastos com as demandas judiciais não fazem parte do planejamento orçamentário elaborado pelo Ministério da Saúde, em suma, o Ministério não tem um caixa específico para pagamento das demandas provenientes de judicialização de saúde. Sendo assim, é possível afirmar que a judicialização dos procedimentos de média e alta complexidade e dos medicamentos representa o grande volume nas demandas judiciais que o Ministério da Saúde é obrigado a arcar, conforme os valores apresentados no Portal da Saúde (2015) e citados no referencia teórico.

Gráfico 1: Depósitos Judiciais: repasses aos estados e municípios - 2005 a 2012



Fonte: Ministério da Saúde - Conjur

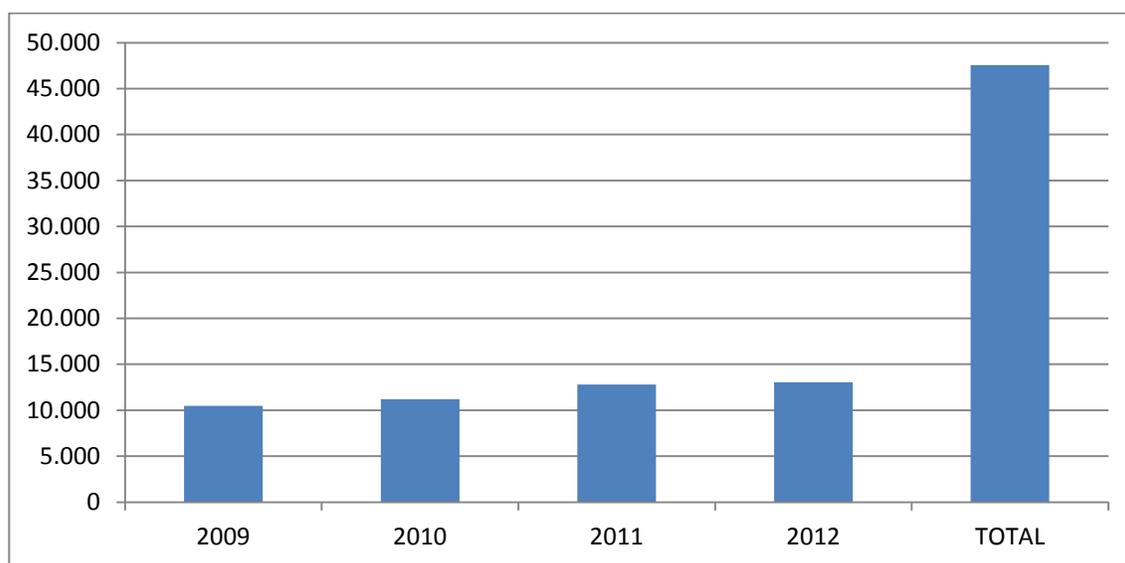
De acordo com o Gráfico 1, observa-se um crescimento em ritmo acelerado com os gastos do Ministério da Saúde em referência aos estados e municípios. São valores repassados aos entes com a finalidade de executar o pagamento das demandas judiciais. Esses valores são compostos pelas três formas que a União utiliza no cumprimento das decisões judiciais: compra direta, depósito judicial e repasse aos estados e municípios de parcela do valor do medicamento/tratamento, quando o paciente é por eles atendido e/ou quando a decisão assim determina. Chama atenção o crescimento a partir de 2010, onde foi registrado o valor total de R\$139.786.128,30, e em 2012, esse valor chegou a R\$355.825.334,93, sendo registrado um aumento de mais de 100% quando comparado os anos, e isso gera um impacto negativo no orçamento, pois são valores que não estavam previstos no orçamento anual.

4.2. O impacto no atendimento do SUS e a violação do princípio da equidade.

O Gráfico 2 mostra a quantidade de processos novos relativos à judicialização da saúde cresce a cada ano no Ministério da Saúde. O Poder Judiciário que passa a receber um número

cada vez maior de processos ligados a judicialização da saúde tem um papel fundamental na execução das políticas públicas. Pois, o mesmo poder que julga e concede ao cidadão bens e serviços de saúde, este mesmo tira duplamente da coletividade o poder de controlar e executar as políticas públicas em escala de macro justiça.

Gráfico 2: Quantitativo de processos novos – Judicialização da saúde – 2009 a 2012



Fonte: Ministério da Saúde - Conjur

E se for analisar a situação por Estado, é possível identificar como na maioria dos casos as decisões são desfavoráveis à União, conforme a Tabela 1, que divulga os resultados de decisões na área de medicamentos em todo o Brasil referentes ao período de 12 meses (outubro 2011 a setembro 2012), pode-se observar o número de decisões desfavoráveis à União. São decisões que envolvem as Procuradorias da União nos estados, e tem como réu o Ministério da Saúde (União).

Tabela 4 - Resultados de decisões judiciais na área de medicamentos em todo o Brasil referentes ao período de 12 meses (entre outubro 2011 e setembro 2012).

Procuradorias da União	Decisão Favorável à União	Decisão Desfavorável à União	Parcialmente Favorável à União	Total Geral	Desfavorável (%)
AC	-	1	-	1	100%
AL	3	19	2	24	79%
AM	-	7	-	7	100%
AP	2	-	-	2	0%
BA	22	130	29	181	72%
CE	30	53	7	90	59%
DF	17	58	5	80	73%
ES	10	44	13	67	66%
GO	9	52	7	68	76%
MA	-	2	-	2	100%
MG	168	532	72	772	69%
MS	94	206	9	309	67%
MT	-	6	-	6	100%
PA	1	16	6	23	70%
PB	2	10	2	14	71%
PE	13	65	4	82	79%
PI	12	55	12	79	70%
PR	129	331	76	536	62%
RJ	204	466	36	706	66%
RN	44	182	17	243	75%
RO	4	13	-	17	76%

RS	234	525	64	823	64%
SC	1169	1846	382	3397	54%
SE	21	37	-	58	64%
SP	75	86	9	170	51%
TO	-	7	9	16	44%
TOTAL GERAL	2263	4749	761	7773	61%

Fonte: Ministério da Saúde - Conjur

Os números apresentados na Tabela 1 justificam como as decisões são desfavoráveis para o SUS. No período de 12 meses, sendo julgado um total de 7.773 processos transitado em julgado, a União, num panorama geral, saiu com as decisões desfavoráveis em 61%. Isso demonstra como, na maioria dos casos, o SUS vem sofrendo derrotas na esfera do judiciário que acabam comprometendo o planejamento das políticas públicas. Além de comprometer as políticas públicas, os valores gastos nas decisões desfavoráveis não fazem parte do planejamento orçamentário do Ministério da Saúde, sendo necessário o remanejamento de verbas para executar o pagamento das ações. Assim sendo, acaba prejudicando o planejamento elaborado para outros programas de políticas públicas do Ministério, no qual a verba foi planejada para ser utilizada de uma forma e acaba sendo utilizada com uma finalidade diferente do que foi planejado, com isso, acaba tirando dinheiro que estava garantido para outros programas da saúde que poderiam atender a coletividade, mas, por causa de uma decisão que beneficia somente uma pessoa, o princípio de equidade do SUS acaba sendo violado, e a concretização de um sistema público de saúde eficiente fica mais distante com decisões como estas.

Estados como: Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paula são os responsáveis pelo maior número de ações, onde o somatório desses estados representa mais de 50%, tanto no quantitativo de processos, como na representatividade em decisões desfavoráveis, ligando um sinal de alerta para as políticas públicas e as decisões dos magistrados, conforme relata Carlini (2015).

Deste modo, muito embora se trate de um importante direito para a população, a sua judicialização excessiva compromete o atendimento à coletividade, na medida em que, para atender os pedidos que chegam à apreciação do Judiciário, o ente desloca recursos de outras contas para poder cumprir a ordem judicial.

Além disso, caso se analise mais a fundo a questão, pode-se, também, vislumbrar uma assunção da função de elaborar políticas públicas, que pertence exclusivamente ao Poder Executivo, pelo Poder Judiciário, na medida em que, ao judicializar a saúde, ele age como verdadeiro gestor público, sem que, contudo, tenha o conhecimento macro necessário para o direcionamento por ele dado.

5. Considerações finais

Pela análise dos resultados obtidos, é possível afirmar que a judicialização da saúde impacta negativamente o orçamento público, pois provoca um redirecionamento na utilização dos recursos públicos para atender a situação de determinado cidadão que buscou a justiça para ver o seu problema em relação a tratamento de saúde sanado. Ela também fere o princípio da equidade, que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), ao determinar a realização de determinado procedimento sem observar a fila existente no processo de regulação das redes de atenção. Além disso, a judicialização excessiva compromete o atendimento à população, em virtude do redirecionamento de recursos públicos para a realização de determinado procedimento, para o qual não havia previsão orçamentária para aquele dado momento.

O entendimento vigente é de que o Estado deve prestar os serviços destinados a garantir o pleno exercício do direito à saúde, não sendo possível a ele invocar a aplicação da Teoria da Reserva do Possível. O argumento que sustenta tal orientação é de que isto representaria uma afronta à própria dignidade da pessoa humana, o que não seria admissível em um Estado Democrático de Direito, como é a República Federativa do Brasil.

Este estudo apresentou limitações de acordo com a dificuldade em obter os dados para realizar uma análise mais ampla referente à judicialização dos procedimentos de média e alta complexidade e dos medicamentos na rede do SUS. E como proposta de agenda para futuros

estudos pode-se citar a realização de uma análise mais detalhada do que ocorre nos estados e municípios referente ao fenômeno da judicialização no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lilian Mendes et al. Judicialização da saúde: Uma revisão da literatura. **Revista de Enfermagem da UFPI**, 2013, Apr-Jun;2(2), pp. 49-54.

BLIACHERIENE, Ana Carla et al. Delimitação do sentido normativo dos princípios doutrinários do direito à saúde como parâmetro mitigador da judicialização das políticas públicas de saúde. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da saúde no Brasil**. 1. ed. Campinas/SP: Saberes, 2014.

BORGES NETTO, A. L. A razoabilidade constitucional (o princípio do devido processo legal substantivo aplicado a casos concretos). **Revista Jurídica Virtual**, vol. 2, n. 12, Brasília, maio 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; Título VIII. Da Ordem Social. Seção II. Da Saúde. Art. 6; 196-200. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL - STF, **AI 550530 PR**, Relator: Min. Joaquim Barbosa, Data de Julgamento: 26/06/2012, Segunda Turma, Data de Publicação: Acórdão eletrônico DJe-161, divulg 15/08/2012, public 16/08/2012.

BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL - STF, **ADPF nº 45/DF**, Relator: Min. Celso de Mello, j. 29/04/04, DJU 04/05/2004.

CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Judicialização das políticas de saúde no Brasil, 2015. (Apresentação de Trabalho/Seminário). Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80700-especialistas-defendem-aprofundamento-em-decisoes-judiciais-sobre-saude>>. Acesso em: dez. 2015.

CHIEFFI, Ana Luiza; SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da saúde no Brasil**. 1. ed. Campinas/SP: Saberes, 2014.

CONASS, 2011. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília – 20. Ed.

CONASS, 2011. A Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília – 10. Ed.

DINIZ, Debora et al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, vol.19 n°2, pp. 591-598.

DISTRITO FEDERAL, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL - TJ-DF, **APL 756025220058070001 DF, Processo nº 0075602-52.2005.807.0001**, Relator: Otávio Augusto, Data de Julgamento: 11/02/2009, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: 26/02/2009, DJ-e, pág. 110.

DISTRITO FEDERAL, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL - TJ-DF, **APC 20060110364235 DF**, Relator: Hector Valverde Santana, Data de Julgamento: 11/04/2008, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: DJU 19/06/2008, pág. 188.

FEIJÓ, Gabriela Moreira. SUS - procedimentos de média e alta complexidade: decisões judiciais. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3115, 11 jan. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/20833>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LENZA, P. **Direito Constitucional esquematizado**. 16. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n. 182, 20 set., Seção 1. 1990.

Lei 8.142, de 19 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 da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n.249, Seção 1, 31 dez. 1990.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. **Judicialização da saúde**: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (3): 561-8.

MACIEL, Débora Alves; KOERNER, Andrei. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Revista Lua Nova**, 2002, n°57, pp.113-133.

MARQUES, Silvia Badim. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário, São Paulo**, v.9, n. 2, Jul/Out.2008, pp. 65-72.

MAZZA, Fabio. Judicialização da saúde e planejamento orçamentário: as decisões do Supremo Tribunal Federal. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da saúde no Brasil**. 1. ed.

Campinas/SP: Saberes, 2014.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014.

MIRANDA, J. **Teoria do Estado e da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

PORTAL DA SAÚDE, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/conjur>>. Acesso em: 10 Jan. 2016.

PORTAL DA SAÚDE, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20195-em-cinco-anos-mais-de-r-2-1-bilhoes-foram-gastos-com-aco-es-judiciais>>. Acesso em: 10 Jan. 2016.

REIS, Wanderlei José dos. Terceirização: Solução à judicialização da saúde pública? Revista Online IBRAJUS, 2012. Disponível em: <<http://www.ibrajus.org.br/revista/artigo.asp?idArtigo=247>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da saúde no Brasil**. 1. ed. Campinas/SP: Saberes, 2014.

SÃO PAULO, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO - TJ/SP, **AC nº 760579-5/2-00**, São Paulo, Voto nº 3.203.

SILVA, J. A. da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2010. Rio de Janeiro, 20 [1]: pp.77-100.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.