

ASPECTOS CONTROVERSOS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

CONTROVERSIAL ASPECTS IN HEALTH JUDICIALIZATION

*Edimur Ferreira de Faria*¹
PUC Minas

*Paulo Vinicius Alves de Azevedo*²
PUC Minas

RESUMO

Quando o tema é política pública, notadamente no campo da saúde, acaba por gerar várias controvérsias. A grande discussão que vem incomodando a Administração Pública é a judicialização da saúde, em que consiste em demandas judiciais, ajuizadas de forma individual ou coletiva, nas quais buscam determinação judicial para fornecimento de medicamentos ou tratamentos que, em regra, não estão disponíveis no SUS. É retratado neste artigo vários pontos negativos a essa judicialização desregrada, pois põe em xeque todo o sistema administrativo e financeiro da Administração Pública podendo contribuir para colapso da gestão pública nas diversas áreas de atuação estatal. O Supremo Tribunal Federal já foi provocado a se manifestar sobre a matéria, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio Mello. Pelos votos já publicados, a tendência do Supremo será de por fim a essas demandas que podem conduzir o sistema público a risco, pois há várias condicionantes a serem observadas pelo juiz para determinar à Administração Pública a fornecer medicamento ou tratamento. Além disso, o STF também está analisando a legitimação passiva nas demandas judiciais por meio da proposta de súmula vinculante n. 4. Essas e outras questões são discutidas neste artigo, com o objetivo de conscientizar a população de que as demandas judiciais relativamente à saúde, normalmente não colaboram para a resolução dos problemas que atingem o Sistema Único de Saúde; ao contrário, essas demandas criam abismo entre aqueles que efetivamente precisam e o Poder Público, im-

1 Mestre e Doutor pela UFMG. Professor da Graduação e do programa de Pós-Graduação da PUC/MG

2 Mestrando em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Bolsista CAPES. Especialista em Direito Tributário. Professor da Graduação do Centro Universitário UNA. Diretor do IMETPrev – Instituto Mineiro de Estudos Tributários e Previdenciários. Membro da Comissão de Direito Tributário da OAB/MG.

plementador de políticas públicas de saúde. Além disso, o presente artigo tem por objetivo específico refletir sobre o direito fundamental à saúde, previsto na Constituição da República, em contraponto ao planejamento estatal indispensável à implementação de políticas públicas. Após a elaboração deste estudo, conclui-se que compete ao Judiciário, Legislativo e ao Executivo, em harmonia, encontrar as melhores alternativas a fim de implementar soluções que visem beneficiar a toda sociedade, detentora do direito à saúde, e não somente em prol dos que demandam judicialmente; do contrário, o sistema tende a entrar em “falência”.

Palavras-chave

Direito à saúde. Normas jurídicas. Decisões judiciais. Reserva do possível. Recursos Extraordinários 566471 e 657718 do Supremo Tribunal Federal. Competência. Eficiência e razoabilidade. Recurso Público. Menor custo.

ABSTRACT

When the issue is public policy, especially in the field of health, it generates several controversies. The great discussion that has been bothering Public Administration is the judicialization of health, in which it consists of lawsuits, filed individually or collectively, in which they seek judicial determination for the supply of drugs or treatments that, as a rule, are not available in the SUS . This article portrays several negative points to this unregulated judicialization, because it puts in question the entire administrative and financial system of the Public Administration - and may contribute to the collapse of public management in the various areas of state performance. The Federal Supreme Court has already been prompted to express its views on the matter, under the report of Minister Marco Aurélio Mello. By the votes already published, the Supreme's tendency will be to end these demands that can lead the public system to risk, because there are several conditions to be observed by the judge to determine the Public Administration to provide medicine or treatment. In addition, the Supreme Court is also examining the passive legitimacy in court cases through the proposal of binding summary n. 4. These and other issues are discussed in this article, with the purpose of making the population aware that lawsuits related to health usually do not contribute to solving the problems that affect the Unified Health System; On the contrary, these demands create an abyss between those who actually need and the Public Power, the implementer of public health policies. In addition, this article has the specific objective of reflecting on the fundamental right to health, provided for in the Constitution of the Republic, as opposed to the state planning indispensable for the implementation of public policies. After the elaboration of this study, it is concluded that it is the responsibility of the Judiciary, Legislative and the Executive, in harmony, to find the best alternatives in order to implement solutions aimed at benefiting every society, holder of the right to health, and not only for the benefit of Who sue in court; Otherwise, the system tends to go bankruptcy.

Keywords

Right to health. Legal norms. Unreasonable court decisions. Reservation of the possible. Extraordinary appeals 566471 and 657718 of the Supreme Federal Court. Competence. Efficiency and reasonableness. Public Appeal. Lower cost.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República vem conquistando, ao longo dos últimos anos, e cada vez mais, efetividade e força normativa. É um exemplo emblemático que se pode citar sobre essa afirmativa é a condução que o Judiciário vem dando às questões relativas ao direito à saúde, determinando fornecimento de medicamentos aos litigantes. As suas decisões determinam a Administração Pública a fornecer, gratuitamente, medicamentos, na tentativa de dar efetividade ao desiderato constitucional de prestação do serviço de saúde.

No entanto, percebe-se, que o sistema começa a apresentar mazelas em decorrência de mau planejamento, ou de falta de critério de decisões judiciais desarrazoáveis.

Ora, o sistema está sendo pressionado por decisões judiciais que levam em consideração aspectos emocionais ou fundadas na teoria concretista dos direitos fundamentais. Essas decisões condenam a Administração Pública a custear tratamentos sem critério de razoabilidade, seja porque os medicamentos são de preços elevadíssimos ou porque estão em fase experimental ou de eficácia não comprovada ou pelo fato de a lista do SUS contemplar medicamentos eficazes e eficientes para o tratamento da doença citada na ação judicial.

Essa orientação que o Judiciário vem adotando em relação à saúde ~~coloca~~ põe a Administração Pública, em certa medida, em situação de subserviência, visto ser cumpridora de ordem emanada de autoridade judicial sem levar em consideração indispensáveis informações da Administração Pública relativas ao orçamento, à disponibilidade financeira e à política de gestão da saúde adotada.

Os dados relativos aos custos gerados em decorrência de determinações judiciais em matéria de saúde serão examinados no capítulo 6.

Consequência disso não poderia ser outra senão o risco de se levar o sistema a situação de colapso, pois as decisões judiciais interferem sobremaneira na continuidade do serviço de políticas de saúde pública, vez que desorganiza a atividade e impede o uso raci-

onal dos recursos destinado a saúde no que tange o fornecimento de medicamento e tratamento em hospitais e clínicas especializadas.

O Judiciário, considerando que a Constituição da República garante saúde a todos, procura efetivá-la sempre que é acionado por pessoas que não foram atendidas pelo SUS ou que se quer o procuraram. Entretanto, reversamente enquanto atende uma pessoa, outras centenas de usuários do SUS que estão na fila para obter tratamento, consulta, internação e medicamento, ficam prejudicados porque o orçamento geral da União, dos estados-membros, do Distrito Federal e dos municípios são escassos para atender, adequadamente, a todas as demandas sociais.

O assunto, saúde, comporta vários ângulos de observação quanto as especificidades e complexidades. Porém, o que se propõe com o presente estudo é desenvolver reflexões sobre a temática, proporcionando ao leitor análise ~~mais~~ crítica e sistêmica a respeito do desiderato social previsto no texto constitucional, sem perder de vista, por óbvio, os recursos de que o Estado dispõe para promovê-lo. Assim, o foco e o objetivo principal deste artigo é o de trazer elementos que contrapõem o direito à saúde e o indispensável planejamento por parte do Estado para implementar políticas públicas, notadamente a saúde enquanto direito fundamental previsto na Constituição Federal.

A problemática, portanto, que funda a elaboração do presente artigo, e que procura ser respondida nos capítulos que se seguem é: por qual razão um direito fundamental, que é a saúde, pode ser prestado para alguns que ajuízam ações judiciais e para tantos outros é prestada de forma insatisfatória, que efetivamente não cumpre o desiderato constitucional? Qual a razão e os fundamentos dessas decisões judiciais que determinam aos entes públicos a forneçam medicamentos ou tratamentos, ~~novamente~~ em detrimento a tantos outros, que não demandam judicialmente? De fato, o Judiciário pode, isoladamente, intervir nessas políticas públicas, sem deter qualquer conhecimento a respeito do planejamento e das contas públicas? Procura-se responder, principalmente, quais os limites de atuação do Judiciário diante das várias situações que “legitimam”

tantas pessoas a buscarem nele suas pretensões, independente do motivo e do custo que irá gerar para toda sociedade.

A metodologia, de natureza qualitativa, se funda em pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos, jurisprudências e legislação aplicável.

Certamente não existe uma resposta correta, tampouco uma solução jurídica e moral tão simples que resolva esse tema tão emblemático.

2 BREVE HISTÓRICO SOBRE O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL À LUZ DA CONSTITUIÇÃO E DA LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL.

A partir do século XIX, com a vinda da Coroa Portuguesa ao Brasil, iniciou-se o percurso da saúde pública. Estima-se que nessa época eram realizadas apenas ações de combate à peste e controle sanitário. (MACHADO, et al., 1978)

Em seguida, entre 1870 e 1930, a saúde pública ganha mais funções e com mais efetividade. O Estado passa a se valer de um modelo que ficou conhecido como “Campanhista”, em que foi criado um exército de 1500 pessoas responsáveis pelas atividades de desinfecção ao mosquito vetor da febre amarela. Esse modelo se fundamentava, principalmente, no uso da força e da autoridade como meio repressivo de intervir no corpo individual e social.³

Durante essa época não havia modelo de ação pública curativa, essa função ficava a cargo dos serviços privados e por meio de ações de caridades. Na década de 1930 concebe-se um modelo de ação pública curativa, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública. Em 1932 também foram criados os IAP’s – Instituto de Previdência⁴, fruto das CAP’s (Caixas de Aposentadorias e

3 LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991

4 Dentre várias, citamos o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes; o Instituto

Pensões) que, inclusive, determinadas categorias já contavam com hospitais próprios, prestadores de serviços de saúde curativos.

No entanto, o serviço de saúde nessa fase embrionária ainda não era universalizado. Ele beneficiava, somente as categorias profissionais ligadas ao respectivo instituto. Eram, portanto, beneficiários somente aqueles que contribuía para o instituto de previdência a que se vinculavam.

Durante o regime militar, foi criado INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – resultante da unificação dos IAP's. Assim, todo trabalhador que tinha carteira de trabalho assinada podia se beneficiar do Sistema, pois era contribuinte obrigatório para o mesmo. Fazia jus, portanto, a atendimento pela rede pública de saúde.

Esse regime previdenciário e assistencial, embora tivesse evoluído em relação ao vigente anteriormente, destinava-se apenas às pessoas detentoras de carteira de trabalho assinada. As demais pessoas continuavam dependendo da obra de caridade, como acontecia no século XIX com aqueles que não tinham condições de pagar médicos, medicamentos e hospitais.

A situação vigente até então mudou substancialmente com a promulgação da Constituição da República de 1988, que garante a prestação de serviço público de saúde a todos cidadãos independentemente de estar inseridos no mercado de trabalho formal. Os comandos constitucionais sobre o tema aqui versado estão conti-

de Aposentadoria e Pensões dos Bancários; o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários; o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado; Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte de cargas; o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores; o Instituto de Serviços Sociais do Brasil; o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (incorporou o IAPETEC e o Instituto dos Operários Estivadores); a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e de Empresa do Serviço Público e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Extinguiu-se a CAPFESP) Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que culminou na unificação de todos os institutos que garantiam os direitos aos trabalhadores.

<http://www.noticialivre.com.br/index.php/2014-03-09-16-39-32/21932-historia-da-previdencia-social-no-brasil>

dos nos art. 6º e 196⁵. O primeiro inclui entre os direitos sociais, a educação, a saúde, a alimentação e o trabalho. O segundo artigo, na ordem citada prescreve que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”.

O marco regulatório da saúde no plano constitucional apóia-se em outros artigos, entre os quais, o art. 23 que atribui competência comum aos entes Federativos para formular e executar políticas públicas, entre elas, a de saúde, inciso II, o art. 24, art. 30, inciso II dispõem sobre competência concorrente da União, dos Estados e dos Municípios para legislar sobre várias matérias, entre as quais “previdência social, proteção e defesa da saúde” inciso XII. É, portanto, obrigação de todos os entes, da Federação cooperar entre si com o propósito de dar efetividade ao texto constitucional.

A política de saúde vigente na atualidade está regulada pela Lei nº 8.080, de 19.09.1990, Lei Orgânica da Saúde. O objetivo é estruturar o SUS – Sistema Único de Saúde – estabelecendo as diretrizes e organização, por meio de ações públicas voltadas ao serviço de saúde pública a ser promovido pelos órgãos públicos integrantes do quadro da Administração Pública.

Sustenta Kildare Gonçalves Carvalho (CARVALHO, 2012, p. 817) que a própria Constituição Federal prevê um regime de cooperação entre a União, os Estados e os Municípios, que devem concorrer para incrementar o atendimento à saúde da população.

O mesmo autor continua afirmando que “Cada uma dessas esferas de governo, que deve agir em concurso e de forma solidária,

5 Art. 6º 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, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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.

uma suplementando a outra, tem sua competência administrativa estabelecida na Lei nº 8.080/90”.

O Sistema Público de Saúde conta com a participação da iniciativa privada na efetivação do SUS, complementando-o e auxiliando nas políticas voltadas à promoção da saúde curativa, em conformidade com o disposto no art. 199 da Constituição da República:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

Neste mesmo sentido, salienta Kildare Gonçalves Carvalho:

O direito à saúde, de que trata o texto constitucional brasileiro, implica não apenas no oferecimento da medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente, por sua vez, de uma política social e econômica adequadas. Assim, o direito à saúde compreende a saúde física e mental, iniciando pela medicina preventiva, esclarecendo e educando a população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável na quantidade necessária, campanhas de vacinação, dentre outras. (CARVALHO, 2012, p. 1274).

Além de estruturar o SUS, referidos instrumentos citados anteriormente têm por escopo estabelecer princípios que devem orientar e pautar as ações de saúde pública. Dentre os princípios ressaltam-se o da universalidade, que garante acesso a todos os níveis de assistência, e o da subsidiariedade, que atribui aos Municí-

pios a função de execução das políticas de saúde, compreendendo, inclusive, a de distribuição de medicamentos, conforme o disposto no art. 7º, incisos I e IX, da Lei nº 8.080/1990⁶.

O citado artigo estabelece, entre outras medidas, que à União e aos Estados competem interferir para suprir eventuais deficiências ou ausências dos Municípios na prestação do serviço. Isso não quer dizer que os Municípios devem arcar com todos os custos. Não é isso, pois do contrário os colocaria em estado de insolvência. Compete ainda à União e aos Estados a participação na gestão administrativa e, sobretudo, na financeira.

No que tange a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos, conforme prescreve o art. 6º⁷, inciso VI da lei em comento (“formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção”), percebe-se que não há vinculação direta a qualquer um dos entes da Administração Pública nos quatro planos de governo.

Porém, de acordo com a Portaria nº 3.916, de 30.10.1.998⁸, do Ministério da Saúde, é estabelecida a Política Nacional de Medi-

6 Art. 7º 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 aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

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

(...)

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

8 Dou nº 215-E, Seção 1, pág. 18 a 22, de 10.11.98

Portaria nº 3.916/GM em 30 de outubro de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições, e

camentos sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério. Em síntese, os entes elaboram lista de medicamentos que poderão ser adquiridos e fornecidos à sociedade.

O objetivo principal da Política Nacional de Medicamentos, de acordo com a Portaria, “é implementar ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população [...]. O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Além disso, compete ao gestor federal a elaboração da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos. Com base nessa lista, os Municípios definem a relação dos medicamentos para executar a devida assistência.

Essa lista é indispensável, pois contempla os produtos necessários que servirão de tratamento e controle para a maioria das patologias existentes no País.

Aos Estados e ao Distrito Federal são atribuídas as funções de adquirir e distribuir os medicamentos excepcionais àqueles destinados ao tratamento de certas patologias, com alto dispêndio de recurso público. É, portanto, desses entes federados a responsabilidade de definir e elaborar lista de medicamentos indispensáveis para uma boa prestação do serviço de saúde.

Não se sustenta, pois, qualquer argumento de que os entes da Administração Pública estão inertes quanto a essa atribuição, pois os medicamentos são listados e passam por análise de viabilidade, tanto financeira quanto de efetividade no tratamento. Não se adquire medicamentos que não tenham eficácia comprovada, pois, do contrário, estaria somente fomentando a indústria farmacêutica em detrimento da melhor eficiência e do gasto de dinheiro público.

No próximo capítulo serão analisadas decisões do Judiciário nas ações que versam sobre questões relativas a de fornecimento de

medicamento e do acesso à saúde, levando-se em consideração objetivos capazes de assegurar melhor gestão do sistema.

3 DA ATUAÇÃO JUDICIAL EM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Num Estado Democrático de Direito, o Judiciário assume, entre outros um importante papel, qual seja: interpretar as leis e a Constituição, de forma que proteja a sociedade resguardando direitos e garantias, e dando, por óbvio, efetividade ao ordenamento jurídico.

O papel que juízes ainda poderão ter de desempenhar é o de construir certo sentido às normais jurídicas, principalmente quando a matéria que está em julgamento relaciona-se com o poder discricionário da Administração e/ou conceitos jurídicos indeterminados.

Como visto nos capítulos antecedentes, a prestação do serviço público de saúde, bem como a entrega de medicamentos, devem fundamentar-se em norma jurídica, corolário de Estado democrático. Dessa forma, referidas políticas públicas que são implementadas pela Administração Pública, poderão ser objeto de controle pelo Judiciário.

No entanto, é sabido que não havendo norma jurídica implementadora do desiderato constitucional, compete ao Judiciário o dever de suprir a omissão. De igual forma, havendo lei, porém não devidamente implementadora, o Judiciário também tem o dever de agir. E o principal: havendo normas implementando a Constituição, e com aplicação regular, compete ao Judiciário papel ainda mais criterioso e razoável.

Nesse sentido, quando o Judiciário é chamando para dirimir conflitos advindos de questões relativas à saúde pública, convencionou-se chamar de judicialização da saúde. Porém, exatamente a que se refere?

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo

decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. Essa expansão da jurisdição e do discurso jurídico constitui uma mudança drástica no modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico.[...] (BARROSO, 2011 apud NOBRE, 2011, p. 356) (O controle de constitucionalidade no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2011 apud NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada “judicialização da saúde”: pontos e contrapontos. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.)

Logo, judicializar significa transferir ao Judiciário, questões relativas às políticas públicas que, são, segundo distribuição de competências constitucionais, atribuídas ao Legislativo e ao Executivo.

A jurisprudência brasileira vem apresentando decisões absolutamente favoráveis à concreção do direito à saúde e aos medicamentos. Porém, é passível, também, de severas críticas. Dentre elas, pode-se citar que algumas decisões se baseiam apenas no art. 196 da Constituição da República, que garante o direito à saúde a todos, como já foi dito antes.

O dever de promover a saúde pública é dos órgãos executores das políticas públicas, integrantes dos Executivos dos entes da Federação e não do Judiciário. Parece inadequado cogitar da supremacia do Judiciário nesse particular. Entretanto, a jurisprudência dos tribunais e a doutrina contemporânea vêm se firmando no sentido de que em matérias relativas a direitos fundamentais, o Judiciário tem o dever de determinar a efetivação da Constituição, se o Legislativo e o Executivo não o fizerem. Entre os autores que adotam esse entendimento cita-se Georges Abboud que sustenta ser equivocado o argumento de que a implementação de políticas

públicas via Judiciário invade a competência discricionária do administrador. Isso porque, afirma o autor, a concretização dos direitos fundamentais vincula em plano constitucional os três poderes. Fato que impede cogitar-se de qualquer espécie de discricionariedade na concretização dos mesmos. (ABBOUD, 2014). No plano do Judiciário, citam-se a título de exemplos, as decisões do STF sobre a união homoafetiva, ADPF nº 132 e o aborto de anencéfalo, ADPF nº 54. Ambas como se vê, cuidam de direitos fundamentais.

Não se discute a importância das garantias dos direitos fundamentais no plano constitucional e nem se ignora a necessidade de que os mesmos sejam implementados, mas também não se deve duvidar de que o Executivo é constitucionalmente, o órgão ao qual foi atribuída a competência para concretizar as políticas públicas, notadamente a de saúde, compreendendo prevenção, consulta médica, fornecimento de medicamentos e internação hospitalar, em decorrência de competência constitucional. Por isso, ele tem visão global dos problemas relativos à concretização dos direitos fundamentais, além de ter condições de cotejar as receitas financeiras disponíveis com as necessidades que demandam despesas e avaliar o gasto de dinheiro público levando em consideração a prioridades entre elas a saúde. Imaginar o contrário, seria subverter o desenho constitucional.

A Constituição da República proclama que o poder emana do povo, que o exercerá por meio de representantes eleitos ou diretos, nos termos e condições por ela dispostos, art. 1^a, Parágrafo Único. Então, o Estado se organizou aparelhado para por meios das três funções primordiais (legislar, executar e julgar) atender às demandas sociais. Daí o Título II da Constituição dispor sobre os direitos e garantias fundamentais. Na prática, entretanto, as receitas estatais oriundas, quase que integralmente de tributos, são insuficientes para cumprir integralmente o que foi proposto pela Constituição de 1988.

Considerando que os recursos financeiros do Estado são, em regra, insuficientes para atender todas as necessidades sociais, por meio de adoção de políticas públicas, principalmente a da saúde, a Administração deve dialogar com a sociedade com vistas a

deliberar quanto às prioridades. O que for decidido em decorrência desse diálogo será aceito pelos seguimentos sociais porque participaram da negociação.

Sem dúvida, a questão financeira tem sido a que mais suscita debates, porque a Administração deve ter como parâmetro a “reserva do possível”, sem ignorar o princípio do mínimo existencial. Isso porque o custo das demandas sociais supera os recursos disponíveis para provê-las.

À medida que o Judiciário ordena o fornecimento de determinado medicamento, ou determina tratamento médico a paciente que o demanda, tantos outros que já estavam na fila do SUS aguardando, ficam postergados quanto ao atendimento médico, porque os poucos recursos foram direcionados ao vitorioso na ação judicial.

Não resta dúvida que essas medidas judiciais tomadas sem o devido acautelamento quanto à efetiva necessidade e à eficácia do medicamento ou da intervenção médica, e a disponibilidade orçamentária, põem em xeque toda a gestão e organização que a Administração Pública planejou em torno da promoção de políticas públicas, especificamente a de atendimento à saúde.

Edimur Ferreira de Faria assinala a importância do bom planejamento, ao afirmar que *“ao lado do direito fundamental à saúde, há, entre outros, o do orçamento público, de observância obrigatória nos termos da Constituição e de leis infraconstitucionais”*. (FARIA, 2016. P. 270).

Nesse mesmo sentido, assinala (BAUERMANN, 2012, p.147) que sempre que o Judiciário determina a Administração Pública a entregue determinado medicamento ao cidadão, não previsto na lista do SUS, é certo que se retira de tantos outros a possibilidade de terem acesso aos medicamentos, pelo fato de o dinheiro que iria para implantar essa política pública é canalizado para custear medicamentos da parcela da sociedade que o reivindica perante o Judiciário.

Perceber-se que tantas outras medidas que poderiam ser implementadas na efetivação das políticas públicas, não se materializam em virtude dos gastos com tratamento e medicamento por

determinação judicial, que são em muitos casos de eficiência duvidosa ou não comprovada.

4 DIRETRIZES CAPAZES DE ORIENTAR AS DECISÕES JUDICIAIS

Em contexto examinado no item anterior, torna-se relevante, trazer à discussão algumas diretrizes que poderiam ser adotadas pelo Judiciário para pautarem as decisões, de tal forma que não haja inversão do desenho constitucional no tocante à distribuição de competências.

De início, entende-se que o Judiciário, para julgar ação relativa a fornecimento de medicamento, deve avaliar se o mesmo tem eficácia comprovada, se é aprovado pela ANVISA, se a lista de medicamento do SUS não contempla similar ao solicitado na ação. Nos casos de tratamento e fornecimento de medicamento, o Judiciário deve, ainda, verificar a disponibilidade orçamentária e financeira do Sistema de Saúde. Sem essa precaução, o Estado poderá ser compelido a comprar medicamento por preço muito mais alto do que o similar já fornecido pelo sistema de saúde e dotado de eficácia comprovada.

Além disso, o Judiciário deve avaliar se há medicamento disponível no Brasil. Qualquer inclusão de tratamento ou de medicamento na lista fornecida pelo Poder Público deve dar prevalência aos medicamentos disponíveis no mercado, e, de igual forma, dar prevalência a tratamentos em estabelecimentos que estejam situados no território nacional, e de preferência ao SUS.

Ainda, na tentativa de obter o melhor preço dentre várias escolhas disponíveis, o Judiciário deve fazer opção por aquele (medicamento) genérico, ou de menor custo. É sabido que o genérico é comprovadamente similar ao medicamento de referência, nos termos da Lei nº 9.787, 10.02.1999. Logo, não havendo prejuízo para o paciente, nada impede que se faça opção por aquele que acarreta menos ônus ao erário.

Outra questão que deveria ser levada em consideração diz respeito ao objetivo—de determinado medicamento para certo tratamento. Imagine que dois pacientes estejam precisando de um medicamento “X” e “Y”. O medicamento “X” tem por objetivo garantir a sobrevivência do respectivo paciente, ao passo que o medicamento “Y” teria por objetivo garantir melhor qualidade de vida. Ora, na escassez, é razoável que o Judiciário opte por aquele medicamento que garanta a sobrevivência àquele medicamento que garanta tão somente melhor qualidade de vida.

Vê-se que, do contrário, e considerando que o volume de ações judiciais é crescente, o desequilíbrio é corolário. São gastos altíssimos que beneficiam poucos pacientes. Além disso, despesas inesperadas ameaçam as políticas de saúde pública implementadas pela Administração Pública, vez que, conforme exposto, o orçamento prevê somente tratamentos e medicamentos incluídos na lista do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, os gastos do governo com as ações judiciais atingiram aproximadamente 2 bilhões de reais entre 2010 e 2016⁹. Fica a pergunta: o que poderia ter sido feito com esse dinheiro se revertido para políticas públicas que beneficiassem, efetivamente, toda a população doente necessitada? Nos capítulos seguintes tratar-se-á mais detalhadamente desses números.

5 POSIÇÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM MATÉRIA DE SAÚDE

No dia 28 de setembro de 2016 o Ministro Teori Zavascki pediu vista e, por consequência, suspendeu-se o julgamento conjunto dos Recursos Extraordinários (REs) 566471 e 657718. Refe-

9 <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>

ridos recursos, que tiveram repercussão geral reconhecida, tratam da matéria de fornecimento de remédios de alto custo que não estão disponibilizados pelo SUS e, num dos recursos, a discussão é sobre um medicamento que sequer está registrado na ANVISA.

Até o momento, votaram os ministros Marco Aurélio, Luís Roberto Barroso e Edson Fachin. Observe-se a seguir, que os três, defenderam teses distintas, mas convergentes no sentido de delimitar ou condicionar as decisões do Judiciário no que tange às demandas relativas a fornecimento de medicamentos ou a garantia de tratamentos.

No dia 15.09.2016, o Ministro Marco Aurélio, relator dos dois recursos extraordinários, votou no sentido de negar provimento a ambos os recursos, sob o argumento de que, se os medicamentos não estão incluídos na Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional demandaria dilação probatória no sentido de demonstrar que tais fármacos são imprescindíveis para a vida do paciente, bem como demonstração da incapacidade financeira e falta de subsídios por parte da família, também para custeá-lo.

Já o Ministro Luís Roberto Barroso apresentou seu voto, no sentido de que “o Poder Judiciário não é a instância adequada para a definição de políticas públicas de saúde”. Para ele, o Judiciário só deve interferir em questões extremas. Completa argumentando que já existe um modelo estruturado que estuda quais medicamentos podem entrar na lista a ser fornecida pela Administração Pública. O órgão técnico responsável, ainda segundo o magistrado, é a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS), composto por 13 membros, cujos representantes são da ANVISA e do Conselho Nacional de Saúde.

Para Barroso, quando, por questões administrativas, o medicamento não for fornecido, aí sim o Judiciário pode ser provocado para determinar. Argumenta que “em tais circunstâncias, a atuação do Judiciário volta-se apenas a efetivar as políticas públicas já formuladas no âmbito do SUS”. Entende, portanto, que, qualquer demanda judicial que se cinge em torno de medicamento não constante da lista formulada pelo SUS, o Estado não pode ser obrigado

a fornecê-lo. O magistrado Completa dizendo que “não há sistema de saúde que possa resistir a um modelo em que todos os remédios, independentemente de seu custo e impacto financeiro, devam ser oferecidos pelo Estado a todas as pessoas”.

O Ministro Barroso, portanto, negou provimento ao RE 566471 pelo fato de que o medicamento não consta da lista do SUS. Já em relação ao RE 657718 proveu parcialmente, pois o medicamento está registrado na ANVISA e incorporado, portanto, ao SUS.

O Ministro Edson Fachin votou em seguida. Seu entendimento foi no sentido de que, para haver demanda judicial com a finalidade de se obter custeio de medicamento ou tratamento de saúde deve-se pautar em 5 critérios, quais sejam:

“1) necessária a demonstração de prévio requerimento administrativo junto à rede pública; 2) preferencial prescrição por médico ligado à rede pública; 3) preferencial designação do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em não havendo a DCB, a DCI (Denominação Comum Internacional); 4) justificativa da inadequação ou da inexistência de medicamento/ tratamento dispensado na rede pública; 5) e, em caso de negativa de dispensa na rede pública, é necessária a realização de laudo médico indicando a necessidade do tratamento, seus efeitos, estudos da medicina baseada em evidências e vantagens para o paciente, além de comparar com eventuais fármacos fornecidos pelo SUS.”

O Ministro concluiu o voto dando parcial provimento ao RE 566471, considerando existir direito subjetivo do paciente quando há demora na implementação do serviço de saúde, seguida com ampla produção de provas na qual demonstre que outra opção fornecida pelo SUS é ineficaz ou não apropriada para as políticas públicas implementadas em torno da saúde. Já em relação ao RE 657718, votou pelo total provimento, argumentando que o medicamento solicitado está registrado na ANVISA.

Até o momento esses são os votos, cujos recursos extraordinários estão aguardando os respectivos votos. Ainda faltam 8 ministros para votarem, porém, com o interstício do lamentável acidente aéreo que vitimou o ministro Teori Zavascki, e a nomeação do seu sucessor, há um atraso significativo na continuidade dos votos.

No capítulo 6 será examinada a evolução das despesas dos entes federativos com saúde, em cumprimento a decisões judiciais, no período de 2010 a 2016 e estimativa para 2017.

6 IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

Segundo o Conselho Nacional de Justiça¹⁰, entre os anos de 2010 a 2015, a União gastou 3,2 bilhões de reais em cumprimento de decisões judiciais para aquisição de medicamentos, suplementos alimentares, cirurgias, internações, entre outras. A quantia expendida representa aproximadamente 797% de incremento. Somente no ano de 2016 o gasto chegou a 1,6 bilhões de reais.

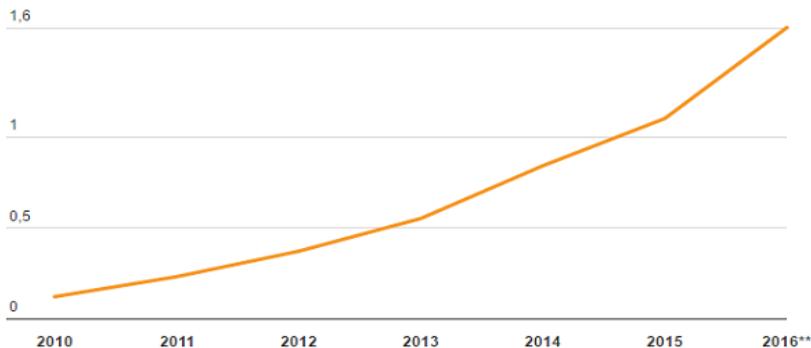
O gráfico 1 espelha a evolução dos gastos com saúde, somente em atendimento a decisões judiciais no período de 2010 a 2016.

¹⁰ <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84486-cnj-avanca-na-qualificacao-da-judicializacao-para-otimizar-gasto-de-saude>

Gráfico 1

CUSTOS DA JUDICIALIZAÇÃO

Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais, em R\$ bilhões*



+1.233% com relação a 2010

*Depósitos e aquisições de medicamentos

**Projeção

Fonte: Ministério da Saúde

Confira mais infográficos da [Folha](#)

Ainda de acordo com o CNJ, a expectativa de gastos com saúde em decorrência da judicialização, no exercício de 2017, deve chegar a 7 bilhões de reais, somando-se os gastos de todos os entes federativos.

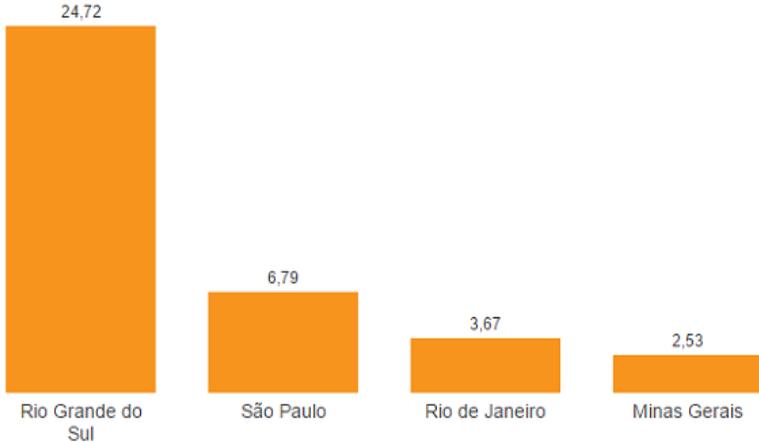
??O gráfico abaixo mostra os números que refletem essa judicialização, provocada de forma desregrada por parte da população. E é de pasmar: geralmente, segundo estudos, as pessoas que se socorrem ao judiciário são aquelas com condições melhores. Quanto melhor a condição econômica dos cidadãos, maior é a chance de demandas em juízo, seja por questões financeiras ou mesmo por instrução.

O gráfico 2 retrata os gastos dos Estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais com saúde em cumprimento a decisões judiciais, durante o ano de 2015, incompleto.

Gráfico 2.

ESTADOS PROCESSADOS

Número de ações por 100 mil habitantes*



*Estudo só considerou esses 4 Estados: em SP, foram analisados os meses de janeiro e setembro de 2015; em MG, RS e RJ, a amostra se refere a março e novembro

Fonte: Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa)
Confira mais infográficos da [Folha](#)

O número de ações judiciais que tramitam em todo o Brasil é crescente e expressivo. Nos anos de 2011 e 2012 o número de ações já era representativo¹¹.

Identificou-se que, em 2011, os Tribunais de Justiça de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Acre julgaram aproximadamente 45% do total nacional, cujo percentual corresponde a 7.469.242 ações.

Os mesmos tribunais movimentaram em torno de 47% dos processos novos, o que corresponde a 8.768.738 ações.

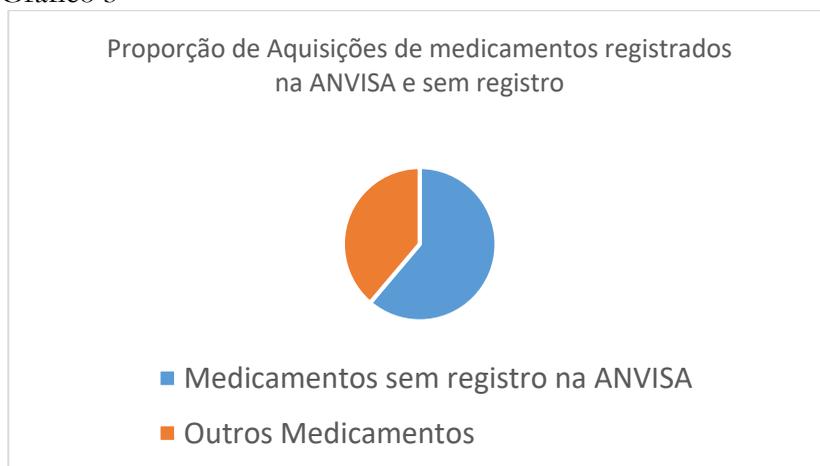
Porém, o Executivo não está inerte. Está buscando, cada vez mais, alternativas para diminuir os gastos provenientes dessas demandas judiciais, inclusive com repercussão para o Judiciário.

¹¹<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>

Concluindo este capítulo traz-se os seguintes dados: dos 20 medicamentos mais demandados em ações judiciais, 12 deles já foram incorporados ao SUS, entre 2014 e 2016; por meio da RE-NAME – Relação Nacional de Medicamentos, o Ministério da Saúde aumentou em 53% a oferta de medicamentos, passando de 343 para 844; em 2015 houve investimento da ordem de 15 bilhões de reais na compra desses medicamentos, o que representa aumento significativo. Se comparado com 2010, houve aumento de 129%, quando foi gasto 6,9 bilhões¹².

Além disso, de acordo com o gráfico 3¹³, quase 70% dos gastos da Administração Pública em razão da judicialização da saúde, em 2016, foram com fornecimentos compulsórios de medicamentos sem registros na ANVISA, por tanto, não aprovados pelas autoridades competentes e, em consequência, eficiência não comprovada.

Gráfico 3



¹²<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25275-ministro-da-saude-fala-sobre-impacto-de-aco-es-judiciais-no-sus>

¹³<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/JUDICIALIZACAO%20DA%20SAUDE%20NO%20AMBITO%20DA%20UNIO%20EM%20NUMEROS%20Recursos%20Extraordinrios%20566471%20e%20657718.pdf>

Recentemente, foi publicada no jornal Estado de Minas¹⁴ matéria relativa ao fornecimento de medicamentos. Observou-se que alguns pacientes demandam judicialmente em relação a medicamentos que já integraram a lista do SUS, porém não disponibilizados pela rede pública, por problemas no fornecimento. Já outros medicamentos, por nota da Secretaria de Estado de Saúde, não são fornecidos e, dessa forma, não chegarão aos pacientes pelo fato de que não consta na lista do SUS, e que o fornecimento se dá, até o momento, por via judicial. Mais um relato de medicamento não comprovado pelos órgãos competentes e que continuam sendo fornecidos por conta das intermináveis demandas judiciais.

Com vistas a aparelhar o Judiciário de dados e informações necessárias a adequada e justa decisão em ação relativa à saúde e reduzir a judicialização, (CARVALHO e DADALTO, 2017) asseveram:

Para tal fim, e conseguir amparar magistrados de todo o país em ações judiciais na área da saúde, o Conselho Nacional de Justiça, em cooperação com o Ministério da Saúde, tem trabalhado na criação de banco de dados com informações técnicas para ajudar nas decisões. O sistema conta com notas técnicas e pareceres técnico-científicos elaborados a partir de critérios da medicina baseada em evidência, por profissionais da saúde. Com isso, o juiz que se deparar com uma demanda de medicamento e/ou tratamento de saúde pode contar com consultoria de especialista para ajudar a determinar a sentença.

No capítulo seguinte será examinada a discussão sobre a proposta de edição de súmula vinculante relativa à saúde estabelecendo responsabilidade solidária dos entes federativos,

¹⁴http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/07/01/interna_gerais,880622/doentes-enfrentam-calvario-falta-de-medicamentos-farmacias-publicas.shtml

7 DIREITO À SAUDE E PROPOSTA DE SÚMULA VINCULANTE

No Direito brasileiro, é denominada súmula vinculante um verbete que registra reiteradas decisões do Supremo Tribunal Federal, pacíficas e majoritárias, a respeito de um tema específico, tendo como ponto de partida o julgamento de casos análogos e como objetivo promover uniformização de decisões.

Além da competência do STF para, de ofício, editar súmula vinculante, o ordenamento jurídico pátrio, legitima as confederações sindicais e entidades de classe de âmbito federal para apresentar ao STF proposta de súmula vinculante. Todavia, a maioria expressiva das súmulas vinculantes foi, até o momento, iniciada no Supremo Tribunal Federal, por proposições de seus ministros.

A Defensoria Pública Geral da União apresentou a PSV (Proposta de Súmula Vinculante) n. 4, que versa sobre a responsabilidade solidária dos entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios - no âmbito da saúde, quanto à obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos à população que necessitar. O texto apresentado tem o seguinte conteúdo:

1) 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” e 2) “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 § 2º da Constituição de 1988”

Várias manifestações surgiram como forma de repúdio à aprovação da referida proposta. Os motivos alegados são claros.

Conforme extraído da página do Supremo Tribunal Federal, a Ministra Ellen Gracie, em despacho exarado em 26.08.2009, determinou o sobrestamento da proposta em Secretaria, até que o mérito do RE 566.471 seja julgado definitivamente pelo Plenário do STF, nos seguintes termos:

“Ante as manifestações dos demais eminentes membros desta Comissão de Jurisprudência (fls. 710-712 e 715-717) quanto à importância, para a análise da presente proposta externa de edição de súmula vinculante, do julgamento de mérito do RE 566.471, rel. Min. Marco Aurélio, cuja matéria envolvida já tem, inclusive, repercussão geral reconhecida (DJE de 07.12.2007), determino o sobrestamento em Secretaria desta proposta até que o referido apelo extremo esteja definitivamente apreciado pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal. Após, retornem-me conclusos os autos. Publique-se.”

Até esta data (11.07.2017) a PSV está dependendo do julgamento do STF que, ainda não decidiu sobre o Recurso Extraordinário referido no despacho da ministra Ellen Gracie, que, naquela ocasião, na condição de Presidente da Comissão de Jurisprudências, propôs a seguinte redação para o enunciado da PSV:

“É solidária a responsabilidade dos entes federativos para o fornecimento de medicamento e tratamento médico das pessoas carentes.”

Parece razoável, para fins de atribuição de competência, que um parâmetro a ser utilizado seja o da elaboração da lista; acaso determinado ente tenha feito incluir um medicamento na sua lista, parece correto esse mesmo ente torna-se legitimado passivo da

demanda. Logo, por meio da elaboração da lista, o ente já se vincula às eventuais demandas.

Sem adentar o mérito da proposta, parece, em princípio, que a responsabilidade solidária nos termos do enunciado de súmula vinculante sugerido pela então Presidente da Comissão de Jurisprudências é salutar para a efetivação da política da saúde nos casos concretos. Todavia, é prudente aguardar o desfecho que o Supremo Tribunal Federal dará ao caso, principalmente diante dos votos já apresentados pelos ministros nos REs 566471 e 657718, ambos de relatoria do Min. Marco Aurélio.

8 CONCLUSÕES

Em face da pesquisa e das discussões expostas neste artigo, chega-se às seguintes conclusões:

- a) Se a decisão política da Administração Pública já fez incluir determinado medicamento ou tratamento na respectiva lista, é possível as pessoas necessitadas buscarem a efetivação do direito subjetivo à saúde na via judiciária, na hipótese de negativa do órgão administrativo de saúde caso em que o ente que incluiu o medicamento será o demandado;
- b) Mesmo sendo de competência do Legislativo e do Executivo, se demanda ao Judiciário tiver por objetivo incluir determinado medicamento nas referidas listas será obrigatório estudo técnico para avaliar questões de eficiência do tratamento, o custo e o orçamento;
- c) O Judiciário só deve determinar fornecimento de medicamento se o mesmo for de eficácia comprovada, e já esteja cadastrado na ANVISA, excluindo-se, portanto, aqueles que são experimentais e/ou alternativos.
- d) O Judiciário, sempre que possível, deve optar por medicamentos disponíveis no território nacional, bem como por fornecedores sediados no País. Mesmo assim, o magistrado deve levar em consideração, entre outros: parecer do Con-

selho Nacional ou Regional de Medicina ou laudo médico, confirmando a necessidade do medicamento ou do tratamento e a possibilidade de sucesso; a situação de carência econômica do paciente; e a disponibilidade orçamentária e financeira do ente demandado.

- e) Visando o menor custo, o Judiciário deve também fazer a escolha do medicamento que, diante de eficácia comprovada, seja o genérico, pois representa menor dispêndio de recursos públicos para sua aquisição e tratamento eficiente.

Conclui-se ainda, que ao Judiciário é conferida a difícil missão de avaliar, com discernimento, as demandas contra a Fazenda Pública que chegam a ele para julgar. Terá de sopesar dois direitos fundamentais contidos na Constituição, o direito à saúde e o direito/dever de observância do orçamento e do planejamento, considerando que decisão judicial deve ser cumprida, independente de quem seja o condenado, inclusive os entes da Federação.

Ocorre que o cumprimento de reiteradas decisões em matéria de saúde acaba por onerar a Administração e desequilibrar seu orçamento e planejamento, pois terá de transferir recursos de rubricas orçamentárias, destinados a outras políticas públicas de interesse da coletividade, para alocá-los em rubrica própria para atender aqueles que demandam judicialmente.

Se quem demanda precisa do medicamento para viver, quem está à espera na fila do SUS, por um medicamento ou tratamento também o faz por questões de vida, e não somente para melhorar suas condições.

Com vistas a evitar esses transtornos gerenciais é recomendável atuação harmônica entre os órgãos Legislativo, Executivo e Judiciário a fim de padronizar ações que visem contribuir de forma mais efetiva, toda a sociedade, e não somente em prol de alguns que demandam judicialmente.

Enquanto não houver conscientização de que à medida que o número de demandas aumenta para buscar o fornecimento de medicamentos e tratamentos, retira-se de tantos outros a possibilidade de também conseguirem sobreviver. O Poder Público não consegue atender a todos, em matéria de saúde da forma como está

sendo judicializada atualmente, pois há dispêndio de recursos públicos para sustentar o SUS e ainda para atender tantas demandas judiciais.

A judicialização da saúde como vem sendo adotada, obriga a Administração Pública a transferir para atendimento à saúde, recursos além dos previstos na legislação, em prejuízo da infraestrutura, saneamento básico e tratamento de esgoto, entre outras políticas públicas indispensáveis à saúde preventiva.

Por fim, a pesquisa revelou tendência do Supremo Tribunal Federal¹⁵ para solução mais racional e justa, e que o corolário será melhor distribuição dos recursos públicos em benefício de toda sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROSO. Luís Roberto. *O controle de constitucionalidade no Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2011 apud NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada “judicialização da saúde”: pontos e contrapontos. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). *O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.

BAUERMAN, Desire. *Cumprimento das obrigações de fazer ou não fazer*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm>. Acesso em 4 jan 2016.

15 Além dos recursos extraordinários examinados, o STF, na STAs (Suspensões de Tutelas Antecipadas) 175 e 178 sustentou que há uma necessidade iminente de redimensionar a questão da saúde.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 jan 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *PSV/4 – Proposta de súmula vinculante*. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp> Acesso em: 04 jan 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em 04 jan 2016.

BRASIL. Portaria ° 2.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre Política Nacional de Medicamentos. Disponível em http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf. Acesso em 04 jan 2016.

CARVALHO, Carla Vasconcelos e DADALTO, Luciana. *Diminuir a judicialização da Saúde*. Jornal Estado de Minas, Opinião, p. 7, 6 de julho de 2017.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. *Direito Constitucional*. 18. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

CARVALHO, Carla Vasconcelos e DADALTO, Luciana. *Diminuir a judicialização da Saúde*. Jornal Estado de Minas, Opinião, p. 7, 6 de julho de 2017.

FARIA. Edimur Ferreira de. *Controle do Mérito do Ato Administrativo pelo Judiciário*. 2.ed, Belo Horizonte: Fórum, 2016.

ABBOUD, Georges. *Discrecionariiedade Administrativa e Judicial*. 1 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

LUZ, M.T. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"*
– anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991.

MACHADO R; Loureiro A; Luz R & Muricy K 1978. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro.