

RECEBIDO EM: 20/10/2017

APROVADO EM: 18/06/2018

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: SUPRESSÃO DOS EFEITOS NEGATIVOS ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO ADMINISTRATIVA E DO ESTREITAMENTO DAS RELAÇÕES ENTRE OS PODERES JUDICIÁRIO E EXECUTIVO

HEALTH JUDICIALIZATION: ELIMINATION OF NEGATIVE EFFECTS THROUGH THE ADMINISTRATIVE PARTICIPATION AND THE CLOSER RELATIONS BETWEEN THE JUDICIARY AND EXECUTIVE

Patricia Araujo Lima

Mestranda em Direito pela Universidade Federal de Sergipe - UFS, Especialista em Direito Processual Civil pela Faculdade Integrada de Jacarepaguá - FIJ e em Direito e Processo do Trabalho, pela Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, Professora do Curso de Graduação em Direito da Faculdade Estácio-Aracaju.

Henrique Ribeiro Cardoso

Pós-doutor em Democracia e Direitos Humanos (IGC – Universidade de Coimbra); Doutor em Direito, Estado e Cidadania (UGF/Rio). Mestre em Direito, Estado e Cidadania (UGF/Rio); Pesquisador em Estágio Pós-doutoral em Direito Humanos e Desenvolvimento (PPGCJ/UFPB).

SUMÁRIO: Introdução; 1 O Sus – Sistema Único de Saúde – Padrão de Integralidade de Atenção a Saúde - Construção Através da Participação Administrativa. 2 Judicialização da Saúde – Aspectos Jurisprudenciais; 3 Considerações Finais; Referências.

RESUMO: Na forma como vem sendo conduzida, de fato, a judicialização para a prestação efetiva da política pública da saúde vem gerando mais injustiça social do que justiça. Essa intervenção do Poder Judiciário possui diversos reflexos negativos. Os magistrados não reconhecem, nas suas decisões, as Leis que regem o Sistema Único de Saúde, proferindo determinações judiciais alheias ao seu sistema de protocolo. O objetivo deste estudo é demonstrar esses efeitos negativos sendo possível afastá-los mediante a utilização do padrão de integralidade de atenção à saúde, devidamente legitimado pela participação administrativa. Para isso, faz-se necessário o estreitamento das relações entre os Poderes Judiciário e Executivo, para que o sistema de justiça conheça as políticas públicas de saúde, seu sistema e legislação. O Poder Judiciário só deve interferir nas decisões do Poder Executivo quando este não cumpre com o seu dever constitucional de oferecer políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde ou quando é omissivo na execução destas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Judicialização. Participação Administrativa. Poder Judiciário. Poder Executivo.

ABSTRACT: In the way it's being conducted, in fact, the judicialization for the effective provision of public health policy has been causing more social injustice than justice. This intervention from the Judiciary has several negative repercussions. The judges, in their decisions, don't recognize the laws from SUS, giving judicial decisions outside its protocol system. The objective of this study is to demonstrate these negative effects and that is possible to eliminate them by using the integrality attention standard from health attention, duly legitimized by the administrative participation. For this, it's necessary to strengthen the relationship between the Judiciary and Executive, so that the justice system will know the public health policies, its system and legislation. The Judiciary should only interfere in the Executive decisions when it fails to comply the constitutional duty to offer public policies for the promotion, protection and recovery of health or when it's absent in its execution.

KEYWORDS: Health. Judicialization. Administrative Participation. Judiciary. Executive.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 qualifica a saúde como um direito fundamental, garantido pela interação dos três entes federativos: União, Estado, Distrito Federal e Municípios, estando expresso no artigo 6º, como um direito social.

Em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 196 a 200, extraem-se importantes diretrizes a respeito do direito à saúde, como regulamentação, financiamento e atribuições. Mas é em seu artigo 196¹, que é apresentado seu conceito, estabelecendo a implementação deste direito.

O Supremo Tribunal Federal, na decisão do Ministro Gilmar Mendes, na Suspensão de Tutela Antecipada 175 (STA 175)², trouxe a interpretação do artigo 196 da CF, com o fim de uniformizar o entendimento.

- 1 Artigo 196 da Constituição Federal. 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.
- 2 Decisão STA 175. [...] O direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) “direito de todos” e (2) “dever do Estado”, (3) garantido mediante “políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, (5) regido pelo princípio do “acesso universal e igualitário” (6) “às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Examinemos cada um desses elementos. (1) direito de todos: É possível identificar, na redação do referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. [...] Não obstante, esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. [...] Assim, a garantia judicial da prestação individual de saúde, prima facie, estaria condicionada ao não comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, por certo, deve ser sempre demonstrado e fundamentado de forma clara e concreta, caso a caso. (2) dever do Estado: O dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). [...] (3) garantido mediante políticas sociais e econômicas: A garantia mediante políticas sociais e econômicas ressalva, justamente, a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas. É incontestável que, além da necessidade de se distribuírem recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico, uma nova doença ou a volta de uma doença supostamente erradicada. (4) políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos: Tais políticas visam à redução do risco de doença e outros agravos, de forma a evidenciar sua dimensão preventiva. (5) políticas que visem ao acesso universal e igualitário: O constituinte estabeleceu, ainda, um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Ministra Ellen Gracie, na STA 91, ressaltou que, no seu entendimento, o art. 196 da Constituição refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo (STA 91-1/AL, Ministra Ellen Gracie, DJ 26.02.2007). [...] (6) ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde: [...] A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (artigo 6º), especificando seu conteúdo e forma de prestação (artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como não faz distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I do Título II) e os direitos sociais (capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (artigo 5º, § 1º, CF/88). Vê-se, pois, que os direitos fundamentais sociais foram acolhidos pela Constituição Federal de 1988 como autênticos direitos fundamentais [...]. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiarioctaciast/anexo/sta175.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

O Direito à saúde sempre foi objeto de diversas discussões, pela importância refletida na qualidade de vida de uma sociedade.

Se já era importante discutir a saúde, suas condições e reflexos, com o empobrecimento da sociedade, oriundo das várias crises econômicas pelas quais o país enfrentou e enfrenta, o agravamento e aumento no número de pessoas doentes e o avanço tecnológico e sua exploração econômica, que diariamente oferece inovações, sem garantias de resultado, mas com altos custos, aliado à integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde³, impõem ao Estado maiores cobranças, que não vem sendo solucionadas à contento, principalmente pela complexidade do tema saúde pública.

Nesse desiderato, diante de um amplo e facilitado acesso à justiça, a sociedade passou a pleitear a intervenção do Poder Judiciário na execução das políticas públicas, através da judicialização de direitos, especificamente, para este estudo, a judicialização da saúde⁴.

Atualmente, existem milhares de ações judiciais em andamento, ajuizadas em todo o país, com o fim de impor ao Estado o custeio de medicamentos, tratamento de saúde e insumos terapêuticos, previstos ou não na Renome⁵ e Renases⁶, liberados ou não pela ANVISA⁷.

- 3 O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Informação disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 12 jul. 2017.
- 4 O Ministro Gilmar Mendes na STA 175, afirmou que “o fato é que o denominado problema da judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática, que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias.”
- 5 A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros. Esta Relação é constantemente revisada e atualizada. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 03 jul. 2017.
- 6 A RENASES, conforme prevista no Decreto 7.508, de 2011, é a relação de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, no âmbito do SUS, com a finalidade de atender a integralidade da assistência à saúde. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/09/19/direto-a-saude-e-a-renases-%E2%80%93-relacao-nacional-de-acoes-e-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 03 jul. 2017.
- 7 Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, que tem sede e foro no Distrito Federal, e está presente em todo o território

Como bem asseverado por Cardoso (2017, p. 131), “a atuação do Judiciário resulta da inafastabilidade da jurisdição, e sua atuação deve servir para reconduzir a Administração aos ditames postos pela Constituição.”

Entretanto, na forma como vem sendo conduzida, a judicialização para a prestação efetiva da política pública da saúde, de fato, vem gerando mais injustiça social do que justiça.

O Judiciário ao conceder o direito, satisfazendo um interesse individual específico, mas fugindo dos critérios técnicos e planejamento da Administração Pública, fere o direito da sociedade como um todo, principalmente os que se encontram em idêntica situação ao do tutelado e que estão seguindo os protocolos instituídos pelo Estado.

Além disso, o Judiciário, no afã de fazer justiça com celeridade e de satisfazer o interesse individual do requerente, por desconhecer os procedimentos da Fazenda Pública⁸e seus protocolos, concede direitos, utilizando equivocadamente as ferramentas inerentes à política pública de saúde, já disponibilizadas pela Administração à sociedade, ferindo subitamente sua organização e gerando déficits no atendimento à população.

O Judiciário, assim, vem demonstrando não conhecer a organização do SUS, dificultando o planejamento e a organização deste.

Essa intervenção do Poder Judiciário na execução da política pública da saúde, sem a devida conexão com o Poder Executivo, possui diversos reflexos negativos, em razão da dificuldade de determinar o grau e a abrangência de sua atuação, criando, o Judiciário, por vezes, um sistema de regulação e de protocolo próprios para a concessão de medicamentos e tratamento médicos, aquém do já existente.

nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Informação disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/institucional>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

8 Leonardo Carneiro da Cunha, em sua obra *A Fazenda Pública em Juízo*, página 05, nos ensina que “o uso frequente do termo Fazenda Pública fez com que se passasse a adotá-la num sentido mais lato, traduzindo a atuação do Estado em juízo; em Direito Processual, quando se alude à Fazenda Pública em juízo, a expressão apresenta-se como sinônimo do Poder Público em juízo, ou do Estado em juízo, ou do ente público em juízo, ou, ainda, da pessoa jurídica de direito público em juízo. Na verdade, a palavra Fazenda Pública representa a personificação do Estado, abrangendo as pessoas jurídicas de direito público.”

Esse estudo pretende mostrar que é possível afastar esses efeitos negativos mediante a participação administrativa na construção do padrão de integralidade de atenção à saúde, através da Rename e da Renases, e a utilização dessas normas e protocolos pelo Judiciário como base para suas decisões, determinando a readequação, quando necessária, de acordo com a realidade, necessidade da população e as normas constitucionais.

Tratar-se-iam, então, de decisões judiciais que atenderiam uma demanda individual, sem ferir o direito de toda uma sociedade, pois ocasionaria a mudança de um protocolo e não a concessão individual de um direito.

Para tal finalidade, serão tecidas algumas considerações sobre o Sistema Único de Saúde, a construção do padrão de integralidade de atenção à saúde e o necessário estreitamento das relações entre os Poderes, Judiciário e Executivo.

Será mostrado, ainda, que o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça vem, nos últimos anos, enfrentando essas questões e suas decisões mais significativas.

Logo, é certo que a excessiva judicialização na forma como hoje é aplicada, não gerou e não gerará uma melhora na saúde pública do Brasil. Ao contrário, vem ampliando as desigualdades existentes quando privilegia um em detrimento de todos.

A metodologia utilizada neste trabalho pautou-se no método dedutivo, através da pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos e análise da jurisprudência.

1 O SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PADRÃO DE INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE - CONSTRUÇÃO ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO ADMINISTRATIVA

Para garantir o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde, a Constituição Federal⁹ previu uma estrutura pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), composto por todos os entes federativos, os quais devem se organizar sob a forma de uma rede interfederativa de

9 Art. 198 da Constituição Federal. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

serviços, estabelecendo suas atribuições no artigo 200¹⁰, devendo ser capaz de garantir ao cidadão o seu direito à saúde.

O artigo 4º da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, disciplina que o SUS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Ao SUS compete atuar em todos os campos definidos pelo art. 3º da Lei Complementar nº 141/2012, observadas as disposições do artigo 200 da Constituição Federal, do artigo 6º da Lei nº 8080/1990 e o artigo 2º da Lei Complementar nº 141/2012.

Cabe ao Poder Público definir as ações e serviços de saúde capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde, conforme disposições na Constituição Federal¹¹, Lei nº 8080/1990 e a Lei Complementar nº 141/2012¹², compatibilizando essas ações e serviços com as necessidades de saúde da população e seu financiamento.

A Constituição Federal determina que os serviços públicos de saúde garantam o atendimento universal e integral a todos os seus usuários, e que o SUS é mantido economicamente com recursos públicos.

Logo, cuida-se de um sistema mantido pela sociedade, para uso de todos os cidadãos, dentro de parâmetros de isonomia e equidade.

10 Art. 200 da Constituição Federal. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015) VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

11 Artigo 198, § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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

Como Sistema de Saúde, buscando atingir o atendimento democrático e ordenado, o SUS organiza-se através de protocolos, com ações preventivas e curativas. Há portas de entrada disciplinadas e regulamentadas; sistema de regulação de acesso aos serviços de saúde, como leitos hospitalares, tratamento fora do domicílio (TFD), transplantes; hospitais credenciados por tipo e gravidade da enfermidade; padrão de integralidade; protocolos específicos de pesquisa e teste de novos tratamentos, entre outros.

Ferir as regras de funcionamento deste Sistema, SUS, gera impacto no acesso igualitário estabelecido pela Constituição Federal.

Neste desiderato, a medicina, atualmente, demonstra não ter limites. A todo o momento surgem novos medicamentos, tratamentos experimentais com altos custos, propagando verdadeiros milagres, novas tecnologias. Infelizmente, por vezes, há, na verdade, a exploração do sofrimento de pacientes acometidos de doenças graves e a busca incessante por lucro.

De um lado, cidadãos que lutam pela vida ou pela sua qualidade e, impulsionados pela propaganda da indústria farmacêutica, através dos médicos influenciados por esta, que os incentiva a acreditar ter o direito a todo e qualquer recurso criado por esta indústria. E do outro lado, os gestores públicos, que tem a obrigação de zelar pelo direito à saúde de forma coletiva, universal e integral.

Neste cenário, WEICHERT (2010, p. 122) afirma que:

o sistema público de saúde deve se proteger da ingerência das indústrias farmacêuticas e de insumos, as quais tentam - em diversos casos - impor incorporações de novas tecnologias e esquemas terapêuticos sem comprovada eficiência ou utilidade, lastreados em estudos ainda não maduros ou realizados sem a devida imparcialidade.

Para maior compreensão pode-se fazer analogia com as novas tecnologias de telefonia ou de entretenimento, que a cada dia apresentam aparelhos com promessas de facilidade e melhora de sua qualidade de vida, mas que, na verdade, apresentam grau de eficiência minimamente superior.

Em que pese o SUS deva prestar serviços em todos os níveis de especialidades e complexidade, na existência de alternativas terapêuticas ofertadas por este sistema, ou de custo mais acessível, com eficácia comprovada, não é razoável que sejam sacrificados recursos para esse propósito. Os recursos estatais devem ser utilizados para disponibilizar

assistência eficaz e universal. Assim, necessária se faz a limitação e definição dos tratamentos padrões oferecidos, pois impossível acompanhar a velocidade e diversidade da oferta dos produtos terapêuticos. Além do mais, trata-se de recursos com fontes limitadas.

Para isso, o SUS possui um padrão de integralidade definido através da *Rename* e *Renases*. Padrão de integralidade de atenção à saúde é uma escolha que a sociedade e o Poder Público devem fazer, conjuntamente, em relação aos serviços de saúde que vão compor o rol de serviços que o SUS vai garantir à sociedade como um todo. Essa decisão tem que ser democrática, altamente participativa através da atuação dos Conselhos de saúde, movimentos comunitários, populares, que definirão quais tratamentos e tecnologias padrões serão ofertados para aquela específica enfermidade. Serão ofertados tratamento no exterior, exames sofisticados de prevenção, medicamentos não reconhecidos pela Anvisa? São escolhas na uniformização dos tratamentos oferecidos e das tecnologias utilizadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades, que diante do crescimento das demandas e a escassez, limitados recursos, requer cada vez mais seriedade nas definições.

Trata-se de um oferecimento padrão. Mas é certo que a medicina não é ciência exata, e algumas vezes, a situação concreta do paciente impõe alterações no tratamento, não previstas no protocolo. Mas nesses casos, tem que haver a prova concreta da não eficácia do tratamento oferecido pelo SUS e a possibilidade de manifestação da Administração Pública e de uma instância técnica. A mera opinião do médico que acompanha o paciente não deve ser suficiente para ordenar à Administração Pública o oferecimento de um tratamento não padronizado, pois feriria a isonomia e a universalidade previstas constitucionalmente como princípios do SUS.

Para esta definição conjunta, pelo Estado e pela comunidade, do padrão de integralidade, o SUS, através da CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, que tem a atribuição de assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, possui já na constituição do seu plenário, representantes de cada Secretaria do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Nacional de Saúde¹³, do CONASS (Conselho Nacional das Secretarias de

13 O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades

Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde), ANS (Agência Nacional de Saúde) e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Todas as recomendações emitidas pelo Plenário são submetidas a consulta pública. Qualquer pessoa ou instituição pode solicitar a análise da CONITEC em respeito à incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no elenco do SUS.¹⁴

Além de constar na constituição do plenário da CONITEC uma diversificada participação técnica na constituição ou alteração do PCDT, através do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, há o controle social, trazendo a sociedade para a discussão, legitimando a atuação administrativa.

Baptista (2003, p. 120) defende que o déficit de legitimidade democrática da função administrativa e a redefinição do papel da Administração Pública em função da dignidade da pessoa humana foram propulsores da construção dessa nova vertente do fenômeno participativo.

A participação da sociedade nas decisões administrativas possibilita um aperfeiçoamento, na medida em que, a partir desta, o administrador reúne uma quantidade maior de informações, sugestões, adquirindo uma visão mais abrangente dos fatos e necessidades da sociedade, concedendo o

representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

14 Informações obtidas no site da CONITEC, disponível em: <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2> e <http://conitec.gov.br/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

15 O Conselho Nacional de Saúde é formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiro e segundos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal. De acordo com o Regimento Interno do CNS, a composição do Conselho é definida da seguinte forma: I - cinquenta por cento dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e II - cinquenta por cento dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são indicados pelos seus respectivos dirigentes. A fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. O último processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde foi realizado em 5 de novembro de 2015, quando foram eleitas as entidades para compor o CNS, com posse no dia 15 de dezembro de 2015. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

direito aos administrados de defenderem seus posicionamentos, assegurando, assim, um resultado mais justo e equânime.

A participação administrativa resolve o problema do déficit de legitimidade da Administração Pública na determinação do plano de integralidade da saúde, mas também, o torna mais apto a atender a demanda da sociedade, tornando o processo administrativo mais eficiente e atendendo aos princípios constitucionais do SUS da universalidade e isonomia, ao determinar tratamentos padrões oferecidos para cada enfermidade.

É inviável esperar que todos os atos administrativos sejam vinculados na lei, hoje na Constituição Federal, após a constitucionalização do Direito Administrativo. Mas os atos discricionários podem ser legitimados através da participação administrativa.

Através do Conselho Nacional de Saúde que participa ativamente da construção e alteração do padrão de integralidade, este é legitimado, não havendo razão para a sua não aceitação pelo Poder Judiciário.

Inobstante isso, não se deve conduzir a atuação estatal à pretensão do paciente ou à exclusiva opinião do médico que assiste o usuário sem que haja uma avaliação técnica de sua verdadeira efetividade. Por que obrigar a administração pública a fornecer um tratamento quando outro é disponibilizado pelo SUS e não há comprovação de não eficácia para o caso específico daquela enfermidade, naquele paciente? Por que determinar um exame não oferecido pelo SUS quando outro é eficiente para o diagnóstico da enfermidade existente e é oferecido por este? Determinar técnica de cirurgia diversa da ofertada pelo SUS não havendo nenhuma contraindicação para esta ser aplicada no paciente? Por que deferir a realização de um tratamento ou fornecimento de uma medicação quando não existe comprovação de ter o requerente seguido os protocolos instituídos pela Administração Pública, de entrada no sistema, de perícia, fila de espera...?

O Judiciário vem ferindo esses protocolos, criando um sistema diverso do existente e por vezes, injusto, no intuito de fazer justiça de forma imediata. Liminarmente, confere direitos ao suplicante sem oportunizar o contraditório ao Estado, baseado em provas produzidas unicamente pelo demandante, que na maioria das vezes, reduzem-se em um relatório e uma prescrição médica. Com essa decisão o Judiciário realoca, sem conhecimento do planejamento e necessidades do sistema de saúde, recursos de uma pasta para atender ao produto desta judicialização, sem criar novos recursos ou fontes de custeio. Impacta negativamente todo o sistema, por não avaliar

sua decisão judicial como uma forma de atender a todos isonomicamente, mas a um indivíduo, que por vezes, utiliza o Judiciário para concretizar um tratamento não dispensado pelo seu plano de saúde privado, por ser mais cômodo buscar o Judiciário do que as portas de entrada do Sistema Único de Saúde, por burlar a fila existente, em que pese não haja urgência ou emergência no seu tratamento.

Cardoso (2017, p. 59), citando Rui Cunha Martins, sustenta que:

o desamor ao contraditório atenta contra o Estado Democrático de Direito, e que a evidência corresponde a uma satisfação demasiada rápida perante indicadores de mera plausibilidade. A prova tem que provar, e o processo é o ambiente em que essa deverá ser produzida. A prova deverá trabalhar a verdade de modo não alucinatório, e deverá retirar a verdade do albergue da evidência, libertando-a. Mas, ainda: a verdade da prova é diferente da verdade da evidência, por essa se dar alheia ao processo.

Acrescenta, ainda, (2017, p. 136 e 137) que:

nenhum juiz aceita a culpa de ter decidido pela morte de quem não viu, decorrente de negativas de tratamento, embora suporte, de bom grado, a culpa abstrata e difusa por eventual morte decorrente do mal funcionamento do sistema, não atribuível isoladamente a ele, mas ocorrida longe de sua consciência, longe de sua visão, longe de seus processos judiciais. A morte e o caos administrativo que não estão nos autos, também não estarão no mundo. O juiz de primeiro grau, servindo-se unicamente da linguagem da evidência, com sua vontade alucinada de fazer justiça – no visível – produzirá ainda mais injustiça – no invisível.

Os pré-conceitos de falta, baixa qualidade, de ineficiência do serviço público e de não limite para a concessão de direitos na esfera da saúde estão tão enraizados, que, por vezes, essa “evidência”, em que pese não tenha sido provada no processo, é utilizada como prova para a concessão do direito.

Os juízes de primeiro grau, em sua maioria, acreditam tão veemente nessa inverdade e nas prescrições médicas inseridas isoladamente nos processos judiciais, ao ponto de não buscarem informações acerca dos fármacos ou tratamentos requeridos e das alternativas oferecidos pelo Poder Público.

Enquanto isso, o Poder Público, através da CONITEC, nas atribuições de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde no âmbito

do SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, trabalha com a medicina baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficiência, eficácia, acurácia e segurança da tecnologia, além da avaliação econômica dos benefícios e custos em relação às tecnologias já existentes.¹⁶

A Medicina baseada em evidências fundamenta-se na prática da medicina pautada na experiência clínica, com o fim de melhorar a qualidade da assistência médica. EL DIB (2018, pág 01) conceitua a medicina baseada em evidências (Evidence-Based Medicine, EBM ou BEM), como “o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica”, ou seja, a MBE utiliza provas científicas válidas, aplicando seus resultados na prática clínica. Ela se baseia na efetividade, eficiência, eficácia e segurança.

Para ATALLAH (2018, pág. 01) a MBE tem o compromisso da busca explícita e honesta das melhores evidências científicas da literatura médica, excluindo a prática com base apenas na intuição, na experiência clínica não sistematizada e nas teorias fisiopatológicas, concentrando-se na análise apurada dos métodos.

Assim, mais discussões sobre Medicina Baseada em Evidências em julgamentos envolvendo saúde pública são necessárias.

2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE – ASPECTOS JURISPRUDENCIAIS

Importantes questões estão sendo postas à análise do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, e através da vinculação aos precedentes, vincularão o próprio Tribunal, seus órgãos e os Tribunais e juízos a eles subordinados.

Os recursos extraordinários REs 566471 e 657718, que tiveram repercussão geral reconhecida, tratam do fornecimento de remédios de alto custo não disponíveis na lista do Sistema único de Saúde (SUS) e de medicamentos não registrados na Anvisa. O julgamento das matérias teve início em 15 de setembro de 2016 e ainda não foi concluído. O relator, ministro Marco Aurélio, manifestou-se no sentido de negar provimento aos dois recursos, por entender que nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los desde que comprovadas a imprescindibilidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e sua família para aquisição, e que o Estado não pode

16 Disponível em: <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora. Posteriormente, o ministro Marco Aurélio manteve o voto, mas o aditou, reformulando a tese inicialmente proposta, apresentando novo texto para análise pelo Plenário: o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, constante de rol dos aprovados, depende da demonstração da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil, e assegurado o direito de regresso. O ministro Luís Roberto Barroso apresentou o voto-vista relatando que a questão central de seu voto está relacionada à judicialização da matéria e avaliou ser necessário desjudicializar o debate sobre saúde no Brasil. Para o ministro, o Poder Judiciário não é a instância adequada para a definição de políticas públicas de saúde, ao entender que a justiça só deve interferir em situações extremas. De acordo com ele, já existe um modelo instituído sobre o tema, que consiste na relação nacional de medicamentos, bem como no órgão técnico – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), criada pela Lei 12.401/2011 – cujo papel é estudar quais medicamentos potencialmente podem entrar na lista e, por critérios técnicos de custo-benefício, incorporá-los ao sistema. Quanto à hipótese de demanda judicial por medicamento não incorporado pelo SUS, inclusive aqueles que forem de alto custo, o ministro entende que o Estado não pode ser obrigado a fornecê-lo, como regra geral. Para ele, 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. Ele também destacou a necessidade de realização de diálogo entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área de saúde, como as câmaras e núcleos de apoio técnico, profissionais do SUS e Conitec. Tal diálogo, conforme o ministro, deverá ser exigido em um primeiro momento para verificar a presença dos requisitos de dispensação do medicamento. Em um segundo momento, no caso de deferimento judicial do fármaco, para determinar que os órgãos competentes – Conitec e o Ministério da Saúde – avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS mediante manifestação fundamentada. Dessa forma, o ministro Luís Roberto Barroso desproveu o RE 566471 – sobre fornecimento de remédios de alto custo não disponíveis na lista do Sistema Único de Saúde (SUS) – e formulou a seguinte tese de repercussão geral: o Estado não pode ser obrigado por decisão judicial a fornecer medicamento não incorporado pelo SUS, independentemente de

custo, salvo hipóteses excepcionais, em que preenchidos cinco requisitos. Já em relação ao RE 657718 – fornecimento de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) –, o ministro proveu parcialmente o recurso a fim de determinar o fornecimento do medicamento solicitado, tendo em vista que, no curso da ação, o remédio foi registrado perante a Anvisa e incorporado pelo SUS para dispensação gratuita. Em seu voto, o ministro considerou que, como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa por decisão judicial. Que o registro na Anvisa constitui proteção à saúde pública, atestando a eficácia, segurança e qualidade dos fármacos comercializados no país, além de garantir o devido controle de preços. Ele propôs a seguinte tese de repercussão geral: o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais, sem eficácia e segurança comprovadas, em nenhuma hipótese. Já em relação a medicamentos não registrados na Anvisa, mas com comprovação de eficácia e segurança, o Estado somente pode ser obrigado a fornecê-los na hipótese de irrazoável mora da agência em apreciar o pedido de registro (prazo superior a 365 dias), quando preenchidos três requisitos: 1) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil; 2) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e 3) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União. Em seguida, votou o ministro Edson Fachin pelo provimento parcial do RE 566471. Ele considerou que há direito subjetivo às políticas públicas de assistência à saúde, configurando-se violação a direito individual líquido e certo a sua omissão ou falha na prestação, quando injustificada a demora em sua implementação. Quanto ao RE 657718 (medicamentos sem registro na Anvisa), o ministro Edson Fachin votou pelo total provimento do recurso para determinar, no caso concreto, o fornecimento imediato do medicamento solicitado, tendo em vista que durante o trâmite do processo tal remédio foi registrado e incluído no âmbito da política de assistência à saúde. O ministro propôs a seguinte tese: no âmbito da política de assistência à saúde, é possível ao Estado prever, como regra geral, a vedação da dispensação, do pagamento, do ressarcimento ou do reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.¹⁷ Pedeu vista dos autos o Ministro Teori Zavascki. Impedido o Ministro Dias Toffoli.

17 Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=326275&caixaBusca=N>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

Já no âmbito do Superior Tribunal de Justiça destaca-se a seguinte decisão: o Recurso Especial nº 1.657.156, julgado em 24/04/2018. Neste, o STJ firmou tese para fins do artigo 1036 do CPC/2015. A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; existência de registro na ANVISA do medicamento.¹⁸

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse é um momento de reflexão e de ação. Além dos milhares de processos judiciais em andamento relativos à judicialização da saúde, em virtude da retração econômica a qual o país se encontra, mais pessoas buscarão do Poder Executivo a efetiva garantia dos seus direitos sociais. Mais pessoas vão adentrar no serviço público de saúde, por estarem mais pobres e mais doentes, em razão dos efeitos da crise. As conquistas não devem retroceder, com uma falência do Sistema Único de Saúde previsto constitucionalmente em 1988.

É certo que a Administração Pública, através da União, dos Estados e dos Municípios, deve estruturar e capacitar o Sistema Único de Saúde, o SUS. Mas é certo também que não cabe ao Judiciário adentrar no procedimento administrativo, infringindo os protocolos existentes, realocando recursos sem criação de novos, determinando compra de medicamento ou realização de tratamentos não previstos no padrão de integralidade sem fontes de custeio, sem conhecimento do planejamento do Poder Executivo para a área da saúde e da real necessidade da população, sem foco na medicina baseada em evidências.

Ao conceder uma medida judicial individual que afeta o funcionamento do sistema, atingindo terceiros não integrantes no processo, o juiz permite que mais injustiça ocorra, pois esta decisão alcançará pessoas não vistas em sua sentença.

18 Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.657.156. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. DJe 04/05/2018. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=SAUDE&repetitivos=REPETITIVOS&b=ACOR&p=true&l=10&i=3>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

Como o Sistema único de Saúde é universal, necessário se faz que o juiz ao proferir sua sentença, concedendo um direito individual, visualize a possibilidade de concessão da medida a todos que estejam em situação semelhante, evitando assim a garantia de privilégios e a não distribuição equânime dos serviços públicos de saúde.

Para isso, o SUS possui um padrão de integralidade definido através da Rename e Renases, legitimado através da participação administrativa do Conselho Nacional de Saúde, representante do controle social do SUS no plenário da CONITEC. Estamos a falar de um oferecimento padrão baseado na MBE.

É previsível que existirão casos especiais que o padrão de integralidade não alcançará, necessitando de uma atenção especial do Poder Público. Mas para que essas alterações sejam custeadas pelo SUS deve ser exigido o atendimento de requisitos como: prova concreta da não eficácia do tratamento oferecido pelo SUS e do tratamento requerido e a possibilidade desse tratamento ser oferecido para os demais assistidos que estejam em situação semelhante.

A mera opinião do médico que acompanha o paciente não deve ser suficiente para ordenar à Administração Pública o oferecimento de um tratamento não padronizado, pois feriria a isonomia e a universalidade previstas constitucionalmente como princípios do SUS.

Além disso, necessário se faz que sejam criados mecanismos de diálogo e atuação conjunto entre os poderes, Executivo e Judiciário, para que o sistema de justiça conheça a política pública de saúde, para que, assim, possa pensar em qualificá-la.

Ações conjuntas através do CNJ, CONASS e do Ministério da Saúde estão sendo implementadas.

A atuação do Poder Judiciário deve servir para reconduzir a Administração aos ditames postos pela Constituição e não para interferir e desorganizar as suas políticas públicas. Estamos a falar de uma ingerência desproporcional e inconstitucional.

O Poder Judiciário só está legitimado a interferir no Poder Executivo quando este não cumpre o dever constitucional de oferecer políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde ou quando é omissivo na execução destas.

A judicialização da saúde como hoje é disseminada traz prejuízos inigualáveis à população, gerando mais caos no sistema de saúde. E os mais prejudicados com essa atuação são os que menos têm acesso a justiça e os que mais precisam das políticas públicas de saúde, os mais necessitados.

REFERÊNCIAS

ATALLAH, Alvaro Nagib. *Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica*. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_516.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Pedido de Providências 0002150-61.2012.2.00.0000*. Decisão proferida em 06 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/InfojurisI2/Jurisprudencia.seam;jsessionid=B40A6543F52C3BA2D7ABE7A72B7DC6BA?jurisprudenciaIdJuris=46531&indiceListaJurisprudencia=1&firstResult=4975&tipoPesquisa=BANCO>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. *Recomendação nº 31, de 31 de março de 2010*. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. *Recomendação nº 107, de 06 de abril de 2010*. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. *Lei nº 8080, 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, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 jul. 2017.

_____. *Lei Complementar nº 141, de 31 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e

Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 08 jul. 2017.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso Especial nº 1474665*. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. DJe 22/06/2017. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?termo=1474665&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&chkordem=DESC&chkMorto=MORTO>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. *Recurso Especial nº 1.657.156*. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. DJe 03/05/2017. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?termo=1657156&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&chkordem=DESC&chkMorto=MORTO>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Suspensão da Tutela Antecipada nº 175*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. *Recurso Extraordinário nº 566471*. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2565078>. Acesso em 13 de julho de 2017.

_____. *Recurso Extraordinário nº 657718*. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4143144>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BAPTISTA, Patrícia Ferreira. *Transformações do Direito Administrativo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso Campos. *Judicialização na Saúde: para sair da superficialidade é preciso enfrentá-la*. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/DOMINGUEIRA%202016/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20026%202016%20-%2004%2009%202016%20ANEXO%20JUDICIALIZAC3%87%C3%83O%20NA%20SA%C3%9ADE%20PARA%20SAIR%20DA%20SUPERFICIALIDADE%20%C3%89%20PRECISO%20ENFRENT%C3%81-LA.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CARDOSO, Henrique Ribeiro. *O Paradoxo da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. Um ponto cego do Direito? Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

CUNHA, Leonardo Carneiro da. *A Fazenda Pública em juízo*. 13. ed. São Paulo: Forense, 2016.

EL DIB, Regina Paolucci. *Como praticar a medicina baseada em evidências*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MARTINS, Rui Cunha. *O ponto cego do direito: the Brazilians lessons*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

SANTOS, Lenir. *Direito à saúde e a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde*. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/09/19/direito-a-saude-e-a-renases-%E2%80%93-relacao-nacional-de-acoes-e-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. *Direito à saúde e qualidade de vida. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres. Direito da Saúde no Brasil*. Campinas, SP: Saberes, 2010.

SIMON, Letícia Coelho. *Desafio: concretização do Direito à saúde pública no Brasil. Direito à Saúde. Para entender a Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015.

SOUZA, André Evangelista de; MEDICI, André; SOUZA, Carmino Antônio de; COVAS, Dimas Tadeu; AITH, Fernando; CARVALHO, Gilson; GANDINI, João Agnaldo Donizeti; SANTOS, Lenir; CARVALHO, Marcelo Addas; WEICHERT, Marlon Alberto; BARIONE, Samantha Ferreira. *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010.

WEICHERT, Marlon Alberto. *O direito à saúde e o princípio da integralidade*. Direito da Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes, 2010.