

## A judicialização da saúde no Brasil: análise do entendimento do supremo tribunal federal sobre a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos

*The judicialization of health in Brazil: an analysis of the brazilian supreme court's jurisprudence about the obligation of the supply of medicines*

Jaíza Dos Santos Avelino<sup>1</sup> , Rosana Celia Noletto Magalhães<sup>2</sup>  e Macell Cunha Leitão<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI), pós-Graduada em Advocacia Trabalhista e Previdenciária pela Escola Superior de Advocacia do Maranhão (ESA/MA), pós-Graduada em Psicopedagogia Institucional pelo Instituto Superior de Educação do Sul do Piauí (ISESPI), licenciada em Pedagogia pelo Instituto Superior de Educação do Sul do Piauí (ISESPI) e bacharel em Direito pelo Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI), email: E-mail: jaiza146@hotmail.com

<sup>2</sup> Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI) e Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU/UFPI), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), graduada em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e bacharel em Direito pelo Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI), email: noletorosana@yahoo.com

<sup>3</sup> Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI) e Instituto de Ensino Superior ICEV (iCEV), doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre em Teoria, História e Filosofia do Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e bacharel em Direito pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), email: macellbr@hotmail.com

### RESUMO

O artigo investigou a judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos no âmbito do Supremo Tribunal Federal. Como percurso metodológico, optou-se pela análise do RE nº 657.718/MG sobre fornecimento de medicamentos experimentais ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como do RE nº 566.471/RN sobre o fornecimento de medicamentos de alto custo pelo Estado. Verificou-se que nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento da Suprema Corte considera também que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na vigilância sanitária. A conclusão do trabalho apontou a tentativa do Judiciário de fornecer critérios para o fornecimento estatal de medicamentos, de modo que a judicialização da saúde não venha a prejudicar o direito fundamental social que se pretende afirmar.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde, Direitos Sociais, Supremo Tribunal Federal, Fornecimento de Medicamentos.

### ABSTRACT

The article investigated the judicialization of public health policies in Brazil, especially with regard to the supply of medicines within the scope of the Supreme Court. As a methodological approach, we chose to analyze RE 657.718/MG on the supply of experimental drugs or drugs not registered with the National Health Surveillance Agency, as well as RE 566.471/RN on the supply of high-cost drugs by the State. It was found that in cases of high-cost drugs not available in the system, the State may be obliged to provide them, provided that the extreme need for the drug and the financial incapacity of the patient and his family to acquire it are proven. The Supreme Court's understanding also considers that the State cannot be obliged to supply drugs that are not registered in the health surveillance system. The conclusion of the work pointed to the Judiciary's attempt to provide criteria for the state supply of medicines, so that the judicialization of health does not harm the fundamental social right that is intended to be affirmed.

Keywords: Judicialization of Health, Social Rights, Supreme Court, Supply of Medicines.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde tornou-se uma grande conquista para os brasileiros, tendo em vista que passou a ser garantido de forma igualitária e universal. Com efeito, veio a ser objeto de reivindicação por parte dos indivíduos em busca dessa proteção universalizada garantida constitucionalmente. Assim, em virtude de conflitos entre a sociedade civil e o Estado para garantir a efetividade desse direito, nasce para o Poder Judiciário o encargo de dirimi-los, colocando-o como figura principal num importante papel de decidir sobre o cumprimento dos deveres prestacionais dos entes públicos.

Esse papel de grande relevância assumido pelo Poder Judiciário, denomina-se judicialização, que vem sendo cada vez mais, objeto de estudo, pelo fato de que tem causado grandes repercussões nas políticas públicas e impactado diretamente no planejamento orçamentário dos entes da federação. A judicialização da saúde apresenta várias dificuldades no tocante a diversos princípios e valores constitucionais, como a dignidade da pessoa humana (conceito do mínimo existencial), isonomia (cidadãos que ajuízam ações seriam mais beneficiados), princípio da equidade (as políticas públicas visam a justiça distributiva, cujo objetivo é garantir tratamento igual aos cidadãos iguais e desigual aos desiguais), separação dos poderes (Poder Judiciário atuando em políticas públicas administradas pelo Poder Executivo), princípio federativo (responsabilidade de cada ente federado), universalidade e integralidade, alcançando o princípio da reserva do possível de forma a garantir que as demandas judiciais individuais e coletivas não comprometam as políticas públicas de saúde já existentes (VALLE; CAMARGO, 2011).

O direito à saúde figura como um dos direitos fundamentais sociais constantes no art. 6º, que abre o Capítulo II (Dos Direitos Sociais) do Título II (Dos Direitos Fundamentais) da Constituição. O *caput* do art. 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei complementar nº 141/2012 regulamentou novas normas do SUS e dispôs sobre os percentuais mínimos a serem investidos pelos entes públicos na saúde. A garantia à saúde é dever do Estado, mas sua concretização depende de questões políticas, econômicas, jurídicas, tecnológicas, sociais, culturais e orçamentárias que, associadas, permitem conjecturar desafios (BRASIL, 1990).

A população e os agentes públicos, que atuam nas atividades de implementação do SUS, têm percebido o aumento do fenômeno da judicialização como meio de acesso aos serviços de saúde, buscando a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, dispensação de

medicamentos, internações, consultas, etc. As atividades do Judiciário se baseiam no atendimento a princípios e normas constitucionais e infraconstitucionais, a fim de dirimir conflitos existentes, quando é acionado (CARNEIRO; BARBOSA; ZAGARINO JR, 2018).

Nessa circunstância, o presente artigo objetiva analisar as demandas de saúde judicializadas, especialmente aquelas referentes à judicialização de medicamentos no âmbito do Supremo Tribunal federal. Como percurso metodológico realiza-se uma análise das principais discussões que envolvem tal fenômeno, particularmente o RE nº 657.718 e o RE nº 566.471, a fim de identificar as orientações da Corte voltadas para se constituir diretrizes para as ações de saúde.

## **2. O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE E A RESERVA DO POSSÍVEL**

A Constituição Federal consagra a estabilidade democrática, jurídica e política, exigindo o cumprimento de condições mínimas de vida em sociedade. Essas condições mínimas de vida à população estão ligadas à dignidade da pessoa humana e devem ser garantidas inclusive pelos direitos sociais prestacionais. Na busca da delimitação do mínimo existencial, um recurso possível é a utilização do princípio da dignidade humana para garantir as condições necessárias para uma vida saudável, o que sugere como parâmetros mínimos os preconizados pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1988).

A formulação do conceito de mínimo existencial se originou na Corte Constitucional Alemã, que extraiu esse direito do princípio da dignidade humana, do direito à vida e à integridade física, por meio de interpretação sistemática quanto ao princípio do estado social (KRELL, 2002). No Brasil, o direito à vida está consolidado no título “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” da Constituição Federal e consiste no mais fundamental dos direitos, pois dele derivam os demais. Os direitos sociais surgiram com a Constituição de 1934, o que passou a exigir uma prestação positiva do Estado, visando alcançar a isonomia substancial entre os cidadãos. A CF consagra no *art. 6º* os direitos sociais à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e a infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

No âmbito jurídico, os direitos sociais possuem aplicabilidade imediata (artigos 5º e §1º da Constituição Federal) e configuram cláusula pétrea (artigo 60 da Constituição Federal), motivo pelo qual não podem ser suprimidos. O Estado tem obrigação de cumprir comandos que dão base à teoria dos direitos sociais, como o princípio da dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial

em saúde, a vedação de retrocesso social e o dever de progresso em saúde (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2019).

A CF contempla no art. 196 que a saúde é dever do Estado, sendo, portanto, norma de aplicação e de efeito imediatos, consagrando que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde como direito foi uma conquista do cidadão brasileiro promulgada pela carta constitucional, tratando-se de direito fundamental e dever do Estado (BRASIL, 1988; SOUSA, 2014).

O SUS, criado com o objetivo de garantir esse direito, possui as seguintes diretrizes, presentes na Constituição: universalidade, equidade e integralidade. Universalidade é a garantia de saúde como um direito de todos, sendo dever do Estado implantar mecanismos institucionais para garantir o acesso aos serviços sem limitações ou impedimentos. A equidade consiste na necessidade de se tratar desigualmente os desiguais de maneira que se alcance a igualdade de oportunidades para todos. Deve-se dar prioridade às desigualdades que interferem no processo saúde-doença, de forma que se possa garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. A integralidade, por sua vez, diz respeito ao dever do SUS de oferecer atenção integral às pessoas, abrangendo o conceito ampliado de saúde e todos os fatores determinantes e condicionantes envolvidos nesse processo. Nesse sentido, são necessárias ações promovidas por uma rede de atenção que alcance serviços de atenção primária, secundária e terciária, bem como serviços de assistência farmacêutica, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1988; TEIXEIRA, 2011).

A saúde consiste em um bem público inalienável, que é normatizado pela Lei 8080/1990. Para a efetivação do direito à saúde é necessário analisar vários aspectos: sociais, econômicos, tecnológicos, sócio-culturais, jurídicos e orçamentários. A ausência de recursos orçamentários não pode ser empecilho para a garantia dos direitos sociais, que são requisitos essenciais da vida humana, pois, desse modo, acabar-se-ia por infringir o preceito básico e fundamental da Constituição: o princípio da dignidade humana. O debate em torno dessa questão tem sido identificado no Brasil por meio da expressão “reserva do possível” e popularizado, em boa parte, pelo empenho da Administração Pública em divulgá-lo e argui-lo nas mais diversas demandas, a pretexto do sempre iminente apocalipse econômico (BRASIL, 1990).

A chamada “reserva do possível” vem sendo utilizada para indicar a limitação dos recursos perante a necessidade de aplicação para a garantia dos direitos fundamentais e sociais. Sobre o assunto, afirma Barcellos (2002, p. 161):

Sob o título geral da reserva do possível convivem ao menos duas espécies diversas de fenômenos. O primeiro deles lida com a inexistência fática de recursos, algo próximo da exaustão orçamentária, e pode ser identificado como uma reserva do possível fática. É possível questionar a realidade dessa espécie de circunstância quando se trata do poder público, tendo em conta a forma de arrecadação de recursos e a natureza dos ingressos públicos. Seja como for, a inexistência absoluta de recursos despreveria situações em relação às quais se poderia falar de reserva do possível fática.

Nesse sentido, a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades a serem supridas. Ela significa que, para além das discussões jurídicas sobre o que se pode exigir judicialmente do Estado, é importante lembrar que há um limite de possibilidades materiais para esses direitos (CARLOS NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016). Desse modo, o princípio da reserva do possível é uma delimitação fática e jurídica de que o Estado se vale para deixar de conhecer os direitos sociais a quem de direito. Esta é a grande dificuldade aqui suscitada, uma vez que se refere às numerosas alegações pelo Poder Público deste princípio, com o objetivo de se escusar da obrigação da realização dos direitos fundamentais sociais. Deve-se objetivar a determinação das prioridades na destinação dos recursos, de forma a proporcionar o mínimo determinado na Constituição (LUQUE, 2019).

A ausência de mecanismos administrativos efetivos para a devida implementação da saúde é um dos fatores que acarretou o crescimento da procura pelo Poder Judiciário, o que, por consequência, proporcionou um aumento da interferência das instituições jurídicas nas atividades de gestão. Tem-se verificado, nos últimos anos, um fenômeno crescente conhecido como judicialização da saúde pública no Brasil. O Judiciário é um órgão importante para garantir a justiça social com base nas leis pré-estabelecidas, e, quando julga, está fazendo indiretamente uma política pública. Se o Estado não cumprir as obrigações necessárias à completa concretização do direito à saúde, o titular do direito que se sentir lesado poderá se valer da tutela jurisdicional para obrigar o Estado a efetivar sua obrigação de fazer, quer seja pelo fornecimento de uma medicação, exame ou cirurgia (LOPES; MELLO, 2018).

A primeira decisão do STF a reconhecer a saúde como direito público subjetivo e não simplesmente norma programática versava sobre tratamento de transplante de células mioblásticas para a doença de Duchene, uma doença rara que causa distrofia muscular. Aquela decisão foi corroborada, alguns anos depois, em vários casos associados a pedidos de exames e medicamentos para tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). O Ministro Celso de Mello,

na ação demandada de tratamento da doença de Duchene, proferiu as seguintes palavras que se tornariam paradigmáticas quanto à concessão de milhares de pedidos nas últimas décadas:

O direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida [...]. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente [...] Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo, uma vez configurado esse dilema, que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só possível opção: o respeito indeclinável à vida. (BRASIL, 1997)

Esse entendimento jurisprudencial, consolidado nos anos 2000, foi de grande importância por superar a ideia de que o direito à saúde do artigo 196 era uma norma puramente programática, ou seja, de eficácia reduzida. Contudo, a interpretação expansiva dada ao direito à saúde foi além do que a norma constitucional autorizava. Ao se desconsiderar a limitação de recursos orçamentários, proclamou-se o direito à concessão de todos os pedidos que fossem demandados relativos ao direito à saúde.

### **3. A PROBLEMÁTICA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

A judicialização da saúde não se trata necessariamente de um fenômeno negativo sob a ótica do Estado Democrático de Direito. O fato de as pessoas irem ao Judiciário reivindicar seu direito constitucional à saúde pode indicar uma maior consciência da população sobre seus direitos, maior receptividade do Judiciário em relação aos direitos sociais das pessoas mais vulneráveis e maior fiscalização e controle da sociedade sobre a administração pública. Contudo, em determinados momentos, as características da judicialização da saúde no Brasil podem torná-la um instrumento de garantia de privilégios e uma fonte de desorganização administrativa do sistema público de saúde do que um meio de concretização de direitos (FERRAZ, 2019).

Por essa razão, é possível afirmar que a judicialização da saúde apresenta aspectos negativos e positivos. Dentre os negativos, pode-se reconhecer a desorganização do SUS, pois as decisões judiciais que atendem a interesses individuais geram a criação de políticas públicas em favor de poucos, o que interfere em questões como a ordem na fila de atendimento, as internações, as cirurgias e a obrigação do Estado de fornecer aquilo com o que não havia se comprometido. Outro

aspecto diz respeito à influência negativa sobre as finanças públicas, uma vez que as decisões judiciais provocam desvios de recursos públicos das políticas coletivas, em favor de pequena quantidade de indivíduos (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2019).

Por outro lado, alguns aspectos positivos são oriundos da judicialização, dentre eles, o fomento de políticas públicas, acarretando a criação de vários programas inovadores. Um exemplo é o do Programa Nacional de Medicamentos para o Vírus da SIDA que foi implementado como resultado da atuação de grupos organizados da sociedade os quais provocaram o Estado para o atendimento de seus direitos, por meio da via judicial. A judicialização também promove a revisão de políticas públicas, pois várias ações administrativas e legais são praticadas como resultado do debate político que a via judicial incitou. Além disso, ela torna a saúde uma importante pauta nas discussões políticas, passando a incluir as questões atinentes ao direito à saúde na pauta política e judiciária nacional. (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2019).

Todavia, existe um risco de alteração do sistema público já consolidado, ao se utilizar da via judicial como o único meio para se garantir o acesso, ou seja, quando o Poder Judiciário se torna a porta de entrada para o SUS. O elevado número de liminares e mandados judiciais acarretam em gastos sem planejamento, revelando a falta de conhecimento de protocolos médicos e operacionais existentes e desconhecimento da estrutura da rede de saúde local (CARNEIRO; BARBOSA; ZAGARINO JR, 2018).

O entendimento das políticas públicas e o respeito às pactuações, diretrizes e protocolos vêm se tornado atitudes pontuais, o que resulta na disseminação da ideia de ineficácia do SUS. É necessária a intensificação do espaço de diálogo institucional, por meio da criação e funcionamento de redes institucionais de políticas de saúde, por exemplo, Fórum Nacional de Saúde, Comitês Estaduais de Saúde, Conselhos de Saúde, Conferências, diálogo institucional (CARNEIRO; BARBOSA; JÚNIOR ZAGARINO, 2018).

Destaca-se a ocorrência de um aumento nas tentativas de melhoria dos diálogos interinstitucionais, com o escopo de proporcionar a criação de políticas públicas mais eficazes. Um dos marcos desse enfrentamento foi a audiência pública sobre a judicialização da saúde, convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal. Nessa audiência pública, realizou-se um amplo debate, com os diversos setores envolvidos, na busca de soluções quanto à dispensação de medicamentos, a alocação de recursos e a função e interligação entre os três poderes. A audiência pública, convocada pelo presidente do STF, ministro Gilmar Mendes, ouviu 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores,

médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS. Os esclarecimentos prestados pela sociedade a esta audiência pública foram de grande importância no julgamento de processos de competência da presidência que versavam sobre o direito à saúde (CARNEIRO; BARBOSA; ZAGARINO JR, 2018).

O fenômeno da judicialização das políticas públicas de saúde, possui uma dinâmica em que o Poder Judiciário se substitui às atribuições normalmente conferidas ao Poder Executivo na seleção do medicamento/tratamento a ser fornecido, sob a justificativa de que a efetivação do direito à saúde está assegurada na Constituição. Contudo, em determinadas circunstâncias, esse fenômeno pode acarretar a subversão do sistema regulado pelas políticas públicas. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal está consolidada quanto ao fato de que todos os entes da Federação são solidariamente responsáveis pelo cumprimento das obrigações concernentes à saúde. (BRASIL, 2010)

O STF reiterou sua jurisprudência em recurso extraordinário com repercussão geral, para consolidar que os entes federados têm responsabilidade solidária no fornecimento de medicamentos e tratamentos de saúde. Essa decisão consta no julgamento do RE-RG 855.178, Rel. Min. Luiz Fux, quando foi fixada a seguinte tese para o Tema 793 da Repercussão Geral:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (BRASIL, 2019).

A tese fixada, reconhece responsabilidade solidária dos entes federativos e determina o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, segundo as regras de repartição de competências constantes na legislação. Tal questão representa um problema relacionado à judicialização da saúde, consubstanciado em saber qual ente federativo em cada caso é responsável pelo fornecimento de medicamento/tratamento, assim como quem deve arcar com os custos financeiros desse fornecimento (CARVALHO FILHO; LEÃO; SOUSA, 2019).

Na última década, as ações de saúde se multiplicaram e, em vários estados brasileiros, o Judiciário vem interferindo significativamente nos orçamentos públicos, para atender a apenas uma pequena parcela da população (TABOSA, 2010). Em muitos casos, as lides se tratam de questões sobre tecnologias não incorporadas e não avaliadas pelos órgãos do Ministério da Saúde, como a ANVISA e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do Sistema Único de Saúde



(MORAES, 2016). Grande parte das demandas objetivam tratamento de doenças com protocolos já estabelecidos pelo SUS, como diabetes e câncer. Quanto aos tratamentos oncológicos, houve decisão da União de descentralização da política pública por meio dos centros de tratamentos oncológicos, custeados pela União (BRASIL, 2013).

A concessão judicial indiscriminada de medicamentos nas últimas duas décadas vem gerando significativos problemas ao SUS, alterando sua segurança, eficácia, racionalidade, sustentabilidade e, em especial, equidade. Importantes recursos de um orçamento limitado estão sendo alocados com base em decisões judiciais muitas vezes apoiadas por uma única prescrição médica, gerando assim uma discutível interpretação do direito constitucional à saúde (art. 196) como sendo um direito a tudo que existir no mercado e que possa de alguma forma trazer benefício ao demandante (FERRAZ, 2019).

Nesse sentido, torna-se necessária a reformulação do modelo atual de judicialização da saúde. As recentes decisões proferidas pelos ministros do STF no RE 657.718-MG, no tocante ao fornecimento de medicamentos experimentais e sem registro na ANVISA, e no RE 566.471-RN, que trata do fornecimento de medicamentos de alto custo, representam relevantes orientações que serão analisadas a seguir.

#### **4. DECISÕES EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS Nº 657.718/MG E Nº 566.471/RN**

Diante da preocupação com os custos e impactos das ações judiciais, aponta-se para a necessidade de se estabelecer ações voltadas para a orientação das decisões a fim de evitar ingerências indevidas do Judiciário na atuação dos demais poderes. (PASSOS; GOMES, 2017). Assim, as discussões sobre a judicialização da saúde, aos poucos chegaram ao STF.

Em atual decisão, a Suprema Corte avançou ainda mais sobre a temática da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito à tese firmada no RE nº 657.718/MG, sobre medicamentos experimentais e sem registro na ANVISA, bem como, já havia definido em março de 2019, no RE nº 566.471/RN, algumas premissas necessárias ao fornecimento de medicamento de alto custo pelo Estado, como a inexistência de outro medicamento incorporado ao Sistema Único de Saúde que tenha a mesma eficiência terapêutica que o medicamento pleiteado e o seu efetivo registro na ANVISA.

Diante do exposto, o presente tópico consiste em analisar as decisões dos Recursos Extraordinários acima citados, extraíndo, por meio das disposições do Supremo Tribunal Federal, elementos para elaboração de um entendimento consolidado a fim de solucionar questionamentos desse imbróglgio. Para isso, serão verificados os critérios adotados pelos Ministros da Suprema Corte, quais sejam: partes envolvidas, citação de normas, princípios e doutrinas e principais linhas argumentativas desenvolvidas por eles, ou seja, trata-se de um estudo de caráter descritivo, realizado a partir de dados parciais de pesquisa jurisprudencial que abrangem esses REs, envolvendo política pública de saúde.

O RE nº 657.718/MG, teve seu julgamento iniciado em 2016, naquela época votaram o relator, ministro Marco Aurélio, que foi contra o fornecimento de medicamentos experimentais ou sem registro na ANVISA, posteriormente, os ministros Luís Roberto Barroso e Edson Fachin, votaram, divergindo do ministro relator, entendendo que havia possibilidade do fornecimento, porém, com a necessidade de observar alguns requisitos. A discussão, foi suspensa, sendo retomada em maio de 2019, com o voto-vista do ministro Alexandre de Moraes (BRASIL, 2020).

Os ministros Rosa Weber, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Ricardo Lewandowski e Gilmar Mendes acompanharam o entendimento divergente e ressaltaram que o Estado deve observar as situações excepcionais em que um medicamento sem registro pode ser fornecido. Por sua vez, o ministro Edson Fachin, reajustou seu voto para também dar provimento parcial ao recurso, mas manteve entendimento de que o Estado tem o dever de fornecer o medicamento ao cidadão e que cabe ao próprio Poder Público fixar os parâmetros para que esse fornecimento seja garantido (BRASIL, 2020).

Assim, sinteticamente é possível destacar os seguintes pontos da referida decisão da Suprema Corte:

- a) O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais;
- b) A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial;
- c) É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos:
  - I - A existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras;
  - II - A existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior;
  - III - A inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
- d) As ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, deverão ser necessariamente propostas em face da União (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, é importante ressaltar que a decisão da Suprema Corte não é a de que o Estado estará isento das suas obrigações, o que iria ao encontro dos mandamentos constitucionais, uma vez que o direito à saúde tem total amparo na Carta Magna. É importante esclarecer que a decisão comporta duas situações essenciais, quais sejam: tratamento experimental ou sem regulamentação pela ANVISA não será de obrigação do Estado, contudo, no caso de mora irrazoável do registro sanitário, poderá haver suscitação judicial para que o ente conceda a medicação.

O presidente do Supremo Tribunal Federal à época, ministro Dias Toffoli, acompanhou o relator, ministro Marco Aurélio, e em seu voto trouxe argumentos muito relevantes, assinalando a importância do registro que o artigo 273, parágrafo 1º-B, do Código Penal prevê. O referido artigo trata da criminalização da comercialização de medicamento sem o aval da ANVISA. Segundo Toffoli, “a capacidade aquisitiva do país e o fomento às empresas nacionais também interferem na admissão da comercialização de medicamentos, o que torna inviável a simples e imediata aplicação à realidade brasileira das conclusões obtidas por outras agências instaladas em países produtores de tecnologia” (BRASIL, 2020). Ainda de acordo com o entendimento do magistrado, a regulação pela ANVISA é necessária para fomentar a responsabilidade social das empresas que, comumente, promovem a ampla divulgação dos seus produtos, em geral diretamente à classe médica, comercializam-no, em razão de decisões judiciais, em larga escala e em altos valores, mas não requerem a submissão do medicamento à agência de vigilância sanitária, onde ele teria ainda seu preço regulado, evitando dispêndio excessivo e muitas vezes abusivo por parte do Poder Público (BRASIL, 2020).

O Recurso Extraordinário nº 566.471/RN foi interposto pelo governo do Estado do Rio Grande do Norte, questionando uma decisão do Tribunal de Justiça do Estado que obrigou o fornecimento de um medicamento de alto custo a uma pessoa com recursos financeiros limitados. Quando o julgamento do recurso começou, este medicamento não constava na lista do Ministério da Saúde, o que aconteceu posteriormente à apreciação deste. O caso concreto diz respeito à recusa do referido estado em fornecer citrato de sildenafila para o tratamento de cardiomiopatia isquêmica e hipertensão arterial pulmonar de uma senhora idosa e carente, com fundamento no alto custo do medicamento e na ausência de previsão de fornecimento no programa estatal de dispensação de medicamentos (BRASIL, 2020).

Em setembro de 2016, o ministro relator Marco Aurélio, desproveu o recurso, em seu voto. O ministro Edson Fachin abriu divergência e votou a favor do fornecimento imediato do

medicamento solicitado, tendo em vista que, durante o trâmite do processo, ele foi registrado e incluído na política de assistência à saúde (BRASIL, 2020).

Ainda em 2016, o julgamento foi interrompido pelo pedido de vista do ministro Teori Zavascki, retomando com o voto do já ministro Alexandre de Moraes. Antes dele, outros ministros já haviam votado, entendendo, que não há, em regra, a obrigação do Estado fornecer remédios fora da lista do SUS, no entanto, entenderam que há exceções, desde que, sejam cumpridos os requisitos estabelecidos nos votos. Segundo esse entendimento, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento também considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora (BRASIL, 2020).

O ministro Alexandre de Moraes, em seu voto, destacou: “Não há mágica orçamentária, e não há, nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada”. Ainda de acordo com ele, em 2018, os gastos do Ministério da Saúde, com decisões judiciais que obrigaram a pasta a fornecer esse tipo de assistência, chegaram a mais de um bilhão de reais (BRASIL, 2020).

A ministra Rosa Weber, também acompanhou o ministro relator, Marco Aurélio, e rejeitou o recurso proposto pelo Estado do Rio grande do Norte, seguindo os mesmos argumentos do ministro Alexandre de Moraes, sobre os limites de atendimento e a capacidade financeira do Estado (BRASIL, 2020).

A ministra Carmem Lúcia, também negou o pedido, e no seu voto, fez a seguinte alegação:

A equação entre o interesse de todos, que é a gestão entre a pasta orçamentária referente à saúde e às demandas, realmente constitui um fato complicado para ser resolvido em cada caso, por isso, o Supremo, vem mantendo sua jurisprudência no sentido de dotar de eficácia os direitos fundamentais, especialmente, estes como o da saúde, para garantir a cada um, aquilo que seja, não o que é seu, mas, segundo à sua necessidade (BRASIL, 2020).

Destarte, os direitos sociais garantidos na Constituição Federal, devem ser assegurados de maneira racional, visto que, as despesas dos entes federados são restritas à legislação. No que se refere, em especial o direito à saúde, mesmo constituindo um preceito constitucional de caráter programático, encontra atalhos na escassez de recursos e na escolha de preferências do gestor público, fazendo-se assim, necessária para o seu dispêndio, planejamento e probidade administrativa, dada a sua imprevisibilidade.

Os ministros Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes e Luiz Fux, votaram, e acompanharam o entendimento do relator pelo desprovimento do recurso. Em seus votos, eles salientaram que, em caráter excepcional, é possível a concessão de medicamentos não registrados na lista da ANVISA. Nesse sentido, fizeram a ponderação entre diversos argumentos, como as garantias constitucionais (entre elas a concretização dos direitos fundamentais, o direito à vida e à dignidade da pessoa humana), o limite do financeiramente possível aos entes federados, tendo em vistas restrições orçamentárias, o desrespeito às filas já existentes e o prejuízo a outros interesses idênticos. Portanto, a maioria dos ministros, oito votos no total, desproveu o recurso tendo como condutor o voto do relator, ministro Marco Aurélio (BRASIL, 2020).

Ressalte-se que, a decisão, tomada no julgamento do presente recurso, ainda não apresenta todas as teses pelo Judiciário, para orientar apreciações neste sentido. Portanto, faz-se necessária a consolidação jurisprudencial, para dar mais segurança à aplicação do direito, no que se refere à judicialização de medicamentos.

O Supremo Tribunal Federal ao analisar o Tema 6, no RE 566.471, reconheceu a repercussão geral da controvérsia sobre a obrigatoriedade do Poder Público de fornecer medicamento de alto custo. A decisão proferida pela Suprema Corte, parece-nos, acertada, pelo fato de que, o que temos na prática, são vários casos de decisões judiciais que condenam os entes a fornecerem medicamentos não registrados e de altíssimo custo. Essas decisões, muitas vezes, são desprovidas de normas técnicas e jurídicas, sendo executadas com sentimentalismos, e isso provoca, temeridade para saúde do usuário, como também comprometem os cofres públicos. Destinar recursos insuficientes à saúde para uma quantidade pequena de pacientes, para que estes possam utilizar tratamentos caros e não registrados pela ANVISA, prejudica toda uma coletividade que também é carente do SUS e que muitas vezes não consegue usufruir do mínimo assistencial.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O direito à saúde consiste em um direito fundamental da pessoa humana de forma a se garantir o mínimo existencial. Não se pode conceber o atendimento à igualdade, à proteção do direito à vida e à integridade física, sem que se garanta a efetivação do direito à saúde por meio de políticas públicas. Ao Estado cabe a prestação da saúde de forma digna e eficaz a toda a população, garantindo um acesso universal e igualitário, através de políticas públicas promovidas pelo Sistema

Único de Saúde, nos três níveis da federação brasileira (União, estados, distrito federal e municípios).

Não obstante, o direito à saúde tratar-se de um dever do Estado, que decorre do direito de todos, conforme regula a CF em seu artigo 196, deve considerar-se que, esse direito fundamental não admite o descumprimento, e no caso de omissão governamental, pode ser exigido por qualquer meio processual, porém, deve ser tratado com responsabilidade, e esta implica, em um modo de organização no qual o Estado se encarrega da promoção social e também do aspecto econômico. Conceder ao usuário qualquer droga, somente com a finalidade de atender às demandas judiciais munidas muitas vezes de emoção, sem apresentar nenhum teste, não é adequado, consoante os artigos 15, 16 e 21, da Lei 6.360/76, não podendo ser, portanto, legítimo e muito menos permitido pelo Poder Judiciário.

O presente estudo baseou-se na análise de julgados do STF, o RE 657.718/MG, sobre fornecimento de medicamentos experimentais ou sem registro na ANVISA, e o RE 566.471/RN sobre fornecimento de medicamentos de alto custo. A maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal, oito votos no total, aponta que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento também considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na ANVISA (BRASIL, 2020).

A decisão do RE 657.718/MG, tratou da questão dos medicamentos experimentais e do registro de medicamentos. O registro é a aprovação que o Estado concede ao medicamento para que ele possa ser comercializado. No Brasil, a ANVISA realiza esse processo. Segundo o ministro relator Marco Aurélio, o registro ou cadastro mostra-se condição para que a Agência Fiscalizadora possa monitorar a segurança, a eficácia e a qualidade terapêutica do produto. Medicamentos experimentais são os que não terminaram as primeiras três fases de testes clínicos necessários para que seu pedido de registro possa ser requerido ao órgão regulador (BRASIL, 2020).

O voto vencedor do Ministro Luís Roberto Barroso destacou a questão do problema da concessão indiscriminada de medicamentos experimentais, considerando que, como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos não registrados na ANVISA por decisão judicial. Segundo o ministro, as decisões judiciais que determinam o fornecimento de fármacos, sem o devido registro sanitário, principalmente quando estes não foram submetidos a testes e

critérios técnicos mínimos exigidos (como é o caso dos medicamentos experimentais) acarretam grave risco para a saúde pública (BRASIL, 2020).

Concorda-se com o ministro quando o mesmo afirma que a criação de um sistema regulatório no tocante aos medicamentos, assim como a atribuição da competência para sua execução a uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com a apropriada capacidade técnica e expertise, têm como objetivo final a proteção da saúde da população.

Ao analisar-se por etapas as relevantes decisões que compõem o RE 657.718, destaca-se que a primeira delas consiste em que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. Essa é uma importante regra, pois impedirá a concessão de liminares para medicamentos experimentais, ou seja, para aqueles tratamentos que sequer passaram pela fase inicial de pesquisa clínica.

A segunda decisão diz respeito também ao não fornecimento, como regra geral, de medicamentos que não tenham ainda registro na ANVISA, apesar de não serem mais experimentais, mas cabem exceções a essa segunda decisão, sendo possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na lei 13.411/2016) e desde que preenchidos três requisitos: “a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil” (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, o Poder Judiciário somente poderá conceder medicamento sem registro na ANVISA se houver “mora irrazoável” da mesma. Essa decisão representa um avanço, pois o Judiciário estará limitado a esse requisito de mora da agência de vigilância sanitária e não deverá conceder automaticamente qualquer medicamento solicitado mediante uma prescrição médica comum. Esse critério surge com um caráter positivo e deverá acarretar maior sustentabilidade do orçamento público e maior proteção e segurança à saúde da população que demanda medicamentos por via judicial.

Destaca-se que o fato de um medicamento demandado estar registrado na ANVISA ou em agências de regulação do exterior não necessariamente acarretará a obrigação de fornecimento do mesmo por parte do Estado ao sistema de saúde público, pois deverão ser avaliados os critérios de custo-efetividade e impacto no orçamento público caso haja a incorporação desse medicamento. Nem todos os medicamentos registrados na ANVISA poderão ser oferecidos pelo poder público.

Os requisitos presentes no RE 657.718 consistem em condições necessárias, mas não suficientes para a concessão de medicamentos sem registro na ANVISA, argumento acertadamente levantado por Octávio Ferraz (2019) e com o qual anui-se. É necessário, além da existência de evidência de que o medicamento demandado está em mora de registro junto a ANVISA, que ele cumpra requisitos de incorporação presentes na Lei 12401/2012. A ausência desses requisitos (custo-efetividade e impacto orçamentário) desobrigará o Estado quanto ao fornecimento desse medicamento demandado (BRASIL, 2011).

O Poder Judiciário deve estar atento para a demonstração dos requisitos de incorporação de medicamentos presentes na Lei 12.401/2012. Destaca-se que são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. O Relatório da CONITEC no SUS deverá levar em consideração, necessariamente, a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

O Plenário do STF decidiu no dia 11/03/2020 que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS. As situações excepcionais ainda serão definidas na formulação da tese de repercussão geral do Tema 6. A decisão, tomada no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566471, atinge mais de 42 mil processos sobre mesmo tema. A vertente vencedora entendeu que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento também considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora.

A concessão judicial de medicamentos com fundamento no direito à saúde do artigo 196 da Constituição Federal é uma questão complexa que envolve vários aspectos como a tutela subjetiva do direito à saúde, a segurança e eficácia dos medicamentos, a sustentabilidade e equidade na distribuição dos recursos da saúde pública. Uma adequada solução para o problema da saúde pública deve ser proveniente de uma atuação efetiva dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) de modo a reduzir a sobrecarga de decisões no judiciário. Os três são poderes



constituídos e, portanto, têm a obrigação de implementar o projeto constitucional de 1988 que preza pelo compromisso na constituição dirigente e garantista de um Estado Democrático e Social de Direito, de modo que a saúde seja efetivamente um direito de todos. Enquanto essas promessas não se concretizam, cabe ao Judiciário tomar decisões racionais que reconheçam e implementem o caráter fundamental dos direitos sociais.

## **REFERÊNCIAS**

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>  
Acesso em 23 jun 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília. Senado Federal, 1990.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Brasília. Senado Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013. Diário Oficial da União 17 maio 2013; Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em 23 jun 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Petição:1246/SC. Relator: Min. Presidente Celso de Mello. Brasília, 02 de fevereiro de 1999. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19162349/peticao-pet-1246-sc-stf>  
Acesso em 23 jun 2020

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566.471/RN. Relator: Min. Marco Aurélio Melo. Brasília, 11 de março de 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciarepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroTema=6>. Acesso em 23 jun.2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 657.718/MG. Relator: Min. Marco Aurélio Melo. Brasília, 22 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciarepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroTema=500>. Acesso em 23 jun 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº855.178/SE. Relator: Min. Luiz Fux. Brasília, 23 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroTema=793>. Acesso em 23 jun 2020

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA: 175/CE. Relator: Min. Presidente Gilmar Mendes. Tribunal Pleno. Brasília, 17 de março de 2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>. Acesso em 23 jun 2020

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A eficácia dos direitos sociais na saúde pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 01, ano 01, ed. 03, p. 03-14, março de 2016. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/direitos-sociais.pdf>. Acesso em 23 jun 2020.

CARNEIRO, Ana Paula Custódio; BARBOSA, Andréia Alcântara; ZAGARINO JR, Sérgio. A Judicialização da saúde: Breve exposição das causas, desafios e conquistas desse fenômeno no Brasil. **Unisanta Law and Social Science**, v. 7, n. 3, p. 501-522, 2018.

CARVALHO FILHO, José dos Santos; LEÃO, Simone Letícia Severo; SOUSA, Dabés. A Concretização do Direito à Saúde pela Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas**, Belém, v. 5, n. 2, p. 23-42, jul/dez, 2019.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito FGV**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2019.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Fabris, 2002.

LOPES, Fabiana Diniz; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. A Judicialização e seu papel na efetivação do direito à saúde pública. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 275-286, setembro/dezembro, 2018.

LUQUE, Fernando da Silva. Direitos e Garantias Fundamentais: Direito de Saúde. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Belém, v.5, n.2, p.105-124, jul/dez, 2019.

MORAES, Vânia Maria Silva de. **Análise dos gastos com ações judiciais na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2014**. Dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.

PAIXÃO, André Luís Soares da. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, 24(6): p. 2167-2172, 2019.

PASSOS, Daniela Veloso; GOMES, Valeria Bastos. A Judicialização da saúde e as políticas públicas para fornecimento de medicamentos: uma análise a partir das decisões do TRF da 5ª Região. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 4, n. 3, p. 98-110, out. 2017.

SCHULZE, Clenio; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde**. 2.ed. rev. e ampliada. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.17, n.2, p.227-234, jul/dez 2014.

TABOSA, Teresa Mendes Santana. **A judicialização da saúde no estado de Pernambuco: análise do impacto das decisões judiciais sobre o orçamento público**. Recife, 2010. 67 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Economia, 2010.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho 2011. Disponível em:  
[https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em 23 jun 2020.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.13-31, nov. 2010/fev. 2011.