

Judicialização de Políticas Públicas no Brasil

Vanessa Elias de Oliveira
Organizadora



Copyright © 2019 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão

Augusta Porto Avalor
M. Cecília G. B. Moreira
Myllena Paiva
Thais Pedretti

Normalização de referências

Clarissa Bravo

Capa e projeto gráfico

Carlota Rios

Produção editorial

Phelipe Gasiglia

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

-
- O48j Oliveira, Vanessa Elias de (Org.).
 Judicialização de Políticas Públicas no Brasil / organizado por Vanessa Elias de Oliveira. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2019.
 332 p. : il. ; tab. ; graf.
 ISBN: 978-85-7541-627-3
1. Judicialização da Saúde. 2. Política Pública. 3. Defensoria Pública.
4. Direito à Saúde. 5. Educação. 6. Serviço Social. 7. Democracia. 8. Governo.
9. Constituição e Estatutos. 10. Casamento - legislação & jurisprudência.
11. Brasil. I. Título.

CDD - 23.ed. – 344.032109815

2019

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

Editora filiada



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Caminhos da Judicialização do Direito à Saúde

Vanessa Elias de Oliveira

Quando se fala em judicialização de políticas públicas no Brasil, a primeira associação que se faz, sobretudo pelos familiarizados com o tema, é com a judicialização do direito à saúde. Embora seja difícil precisar quando a judicialização de cada área de política pública teve início, podemos dizer que o caso da saúde se inicia com a redemocratização e promulgação da nova Constituição. Não apenas em decorrência da constitucionalização das políticas públicas em 1988, conforme discutem Couto e Arantes (2008), mas também porque foi nos anos 1990 que se disseminou a Aids no Brasil e, conseqüentemente, começou a luta judicial por medicamentos antirretrovirais como importante estratégia para pressionar o Estado a garantir o tratamento adequado (Scheffer, 2009).

Outras políticas públicas também iniciaram, na década de 1990, a sofrer os impactos do processo de judicialização, como é o caso da educação. No entanto, a produção acadêmica sobre a política de saúde foi mais ampla e interdisciplinar, especialmente no que diz respeito ao acesso a medicamentos. Saúde pública, direito e ciência política/políticas públicas são campos do conhecimento que têm se debruçado sobre o tema. Esse olhar sob diferentes perspectivas demonstra, em primeiro lugar, a interdisciplinaridade do próprio objeto, que envolve aspectos atinentes aos direitos sociais e individuais, à atuação do Judiciário, do Legislativo e do Executivo, à gestão das políticas e da saúde coletiva; e, em segundo lugar, a sua complexidade em termos de atores envolvidos e impactos sobre a formulação, implementação e avaliação de uma das principais políticas sociais desenvolvidas pelos Estados contemporâneos, que é a política de saúde, conforme ressaltaram Gauri e Brinks (2008).¹

¹ Segundo os autores, saúde e educação são as duas principais políticas sociais desenvolvidas pelos Estados contemporâneos, razão pela qual são o foco para analisar aqui a judicialização das políticas públicas.

Para além da relevância dada pelos estudos acadêmicos sobre o tema da judicialização do direito à saúde, deve-se salientar a mobilização judicial e governamental gerada por esse processo. Não apenas o sistema de justiça (Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) teve que se ocupar com um acionamento crescente, em decorrência da busca pela garantia desse direito, como também as agências executivas se (re)organizaram internamente para enfrentar a utilização da estratégia judicial pelos atores sociais.

Enfim, Judiciário, Executivo e Legislativo, além do Ministério Público, Defensoria Pública e uma série de atores sociais não estatais foram mobilizados e envolvidos nesse tipo de judicialização, gerando respostas diversas: demandas sociais e garantia de direitos; novas estruturas institucionais, recursos e políticas públicas; relações intergovernamentais e institucionais.

Considerando, portanto, a importância desse processo tanto para a compreensão do complexo processo de judicialização das políticas públicas no Brasil, como para a evolução da saúde pública no país, este capítulo reconstitui os caminhos da judicialização do direito à saúde ao longo de mais de duas décadas de processo histórico-social e institucional, salientando as principais estratégias judiciais e governamentais adotadas, bem como as implicações para a política de saúde pública.

Para tanto, na próxima seção será apresentada a evolução histórica da judicialização do direito à saúde a partir da compreensão das estratégias judiciais e governamentais envolvidas, buscando reconstruir arranjos institucionais criados, no âmbito dos três níveis de governo. Em seguida, são apresentadas as principais contribuições acadêmicas acerca desse processo, visando a compreender como a sua evolução histórica repercutiu nos enfoques dos estudos desenvolvidos sobre o tema. Conclui-se o capítulo com algumas considerações que envolvem, além de um balanço sobre os caminhos da judicialização do direito à saúde no Brasil, uma proposta de agenda de pesquisa futura para esta área de estudos.

Evolução Histórica da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil

Os primeiros pedidos judiciais de medicamentos e procedimentos médicos se deram por meio de ações individuais e coletivas movidas por pessoas com HIV/Aids (Ventura *et al.*, 2010). A estratégia das organizações não governamentais (ONGs) em todo o país foi central nesse processo, garantindo jurisprudência favorável à responsabilização do Estado brasileiro, em seus três níveis federativos, na garantia do direito à saúde individual, de forma integral e universal

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Scheffer, Salazar & Grou, 2005; Ventura *et al.*, 2010). Com isso, em 1996 tem-se a aprovação da lei federal n. 9.313, que garantiu a distribuição de medicamentos para Aids, com o estabelecimento de uma política pública inovadora, em termos mundiais, para o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais.

Nos anos iniciais da implementação da política, o número de ações judiciais ainda era elevado, mas decresceu na medida da sua consolidação (Messeder, Osorio-de-Castro & Luiza, 2005). Segundo Salazar, Grou e Scheffer (2008), os anos entre 2000 e 2002 foram os que apresentaram maior número de ações judiciais solicitando medicamentos e exames para o tratamento de HIV/Aids, considerando-se o período 1996-2006 e as sentenças proferidas pelos Tribunais de Justiça de todos os estados brasileiros, pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e pelo Supremo Tribunal Federal (STF) (Salazar, Grou & Scheffer, 2008: 47).² Enquanto em 2002 houve cerca de setenta decisões judiciais envolvendo este tipo de pedido, em 2003, o número caiu para menos de vinte e, em 2006, zerou (no banco de sentenças analisado pelos autores), demonstrando como o recurso ao sistema de justiça foi uma via importante para a institucionalização da política pública de garantia de tratamento universal à Aids, e deixou de ser necessário quando o direito foi garantido de maneira universal e gratuita pelo Estado.

Não deixa de ser relevante, nesse processo, o tempo de incorporação dos medicamentos pela rede pública de saúde, ainda que a relação entre tempo de incorporação e judicialização não seja linear, ao menos no caso dos antirretrovirais (Salazar, Grou & Scheffer, 2008): a judicialização depende de outras variáveis além da não incorporação dos medicamentos pela rede pública, embora exista alguma relação entre essas variáveis. Conforme lembram os autores, outra questão que deve ser levada em consideração é a estratégia adotada pelos laboratórios farmacêuticos que detêm as patentes e podem gerar o aumento da demanda judicial por tais medicamentos, pressionando assim a sua incorporação pelo sistema público.

O marco inicial do processo de judicialização teve como alvo os medicamentos antirretrovirais, contudo, no Brasil, o que se verificou foi um processo de difusão desse modelo, sobretudo a partir dos anos 2000. Estima-se que em 2000 mais de 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que significava mais de 40% da população brasileira (Vieira & Zucchi, 2007).

² Os autores analisaram quinhentas decisões judiciais entre 1996 e 2006 em todo o país.

Do ponto de vista das estratégias judiciais, as ações coletivas, principal estratégia de demanda judicial de medicamentos antirretrovirais, foram aos poucos deixando de obter sucesso no Judiciário, que paulatinamente alterou sua postura em relação a demandas coletivas, priorizando ações individuais (Messeder, Osorio-de-Castro & Luiza, 2005; Machado, 2008; Caldeira, 2009).

Ao analisar cinco anos de atuação, entre 2000 e 2004, dos Ministérios Públicos (MPs) Federal e Estadual de Porto Alegre, Machado constata que apenas duas Ações Civas Públicas foram levadas ao Judiciário:

Em geral, obtêm-se mais resultados em pleitos individuais, onde o processo diz respeito à compra de um bem específico ou ao pagamento de um procedimento médico-hospitalar. Nos casos dirigidos pelo Ministério Público na área da saúde, o Poder Judiciário tem evitado opinar sobre essas questões, possivelmente porque tais ações incidem diretamente na condução das políticas públicas para o setor e demandam maior gasto público. (Machado, 2008: 78)

As demandas judiciais crescentes, coletivas e, sobretudo, individuais, levaram os Executivos estaduais a buscarem estratégias para o enfrentamento dos processos de judicialização. Importante notar que estas foram iniciativas que antecederam qualquer ação federal, seja no âmbito do Judiciário, seja dos demais poderes. Já em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro tinha criado a Central de Atendimento às Demandas Judiciais (CADJ), órgão que concentrava o recebimento e o cumprimento de todas as demandas. Dois anos mais tarde foi criado o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações em Saúde (NAT), composto por profissionais da área da saúde que auxiliam tecnicamente as decisões dos magistrados. Em outubro de 2009, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ/RJ) firmou convênio com a SES/RJ e estendeu os serviços do núcleo para todas as varas da fazenda pública da capital e para suas vinte câmaras cíveis (Ferreira & Costa, 2013: 221).

O NAT funciona dentro do TJ/RJ e da Defensoria Pública do estado, ficando a critério do magistrado consultar ou não o núcleo. Uma vez consultado, o NAT tem 24 horas para examinar um pedido de urgência ou 48 horas para um pedido comum. Esse parecer é encaminhado ao magistrado, que poderá utilizá-lo ou não em sua decisão, que, por sua vez, poderá determinar tanto a compra do medicamento quanto a sua inclusão na lista do SUS (Castro, 2012). Caso o medicamento conste na lista do SUS e esteja disponível, o paciente é encaminhado ao serviço para a sua retirada, sem que seja necessário o prosseguimento judicial da demanda (Ferreira & Costa, 2013).

O modelo do núcleo foi adotado também em diversos estados: Pernambuco (2011), Espírito Santo (2011), Mato Grosso (2011), Piauí (2012), Paraná (2012), dentre outros. O sucesso do modelo fez o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicar a sua criação, para assessoria, não apenas sobre os pedidos de medicamentos, mas também sobre questões de saúde suplementar (Castro, 2012).

O entrelaçamento institucional para a gestão da judicialização não se deu apenas por meio do modelo de núcleos. Outra iniciativa interessante, de 2009, é o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads), que resultou de um acordo de cooperação técnica entre diversos órgãos do estado do Rio Grande do Norte: a Procuradoria da União, a Defensoria Pública da União, a Procuradoria-Geral do Estado, a Procuradoria-Geral de Natal, a Secretaria de Estado da Saúde Pública e a Secretaria Municipal de Saúde. Em 2010 a Defensoria Pública do estado foi incluída no Comitê. De acordo com Ferreira e Costa (2013: 228),

O Cirads visa a atuar tanto na solução de conflitos pela via administrativa antes que estes cheguem ao Judiciário, fato que reduziria a judicialização, quanto em demandas que já alcançaram a esfera judicial, o que se dará por meio de uma conciliação. Outra vertente do convênio é a atuação frente às autoridades na busca de melhoria das políticas realizadas para o aprimoramento do SUS, que serão sugeridas em propostas pelo Cirads com base em suas experiências perante o cidadão.

No entanto, como apontou Rachid (2017), trata-se de um modelo ainda não adotado por grande parte das unidades federadas. Segundo a autora, até o ano 2009, apenas três estados tinham criado um órgão equivalente ao Cirads, "ainda que tenha sido indicado pelo STF como referencial a ser adotado para a propagação de alternativa à judicialização em escala nacional" (Rachid, 2017: 360).

Em âmbito nacional, o STF convocou, também em 2009, a audiência pública n. 4 com o intuito de tratar das principais questões envolvendo os processos de judicialização da saúde. A audiência pública visava a obter subsídios para o julgamento de processos no âmbito do STF ou de outras instâncias judiciais de todo o país (Dallari, 2013). O voto do ministro presidente à época, Gilmar Mendes, publicado em 2010, considerou os dados levantados na audiência pública para estabelecer parâmetros que devem ser observados nas decisões judiciais sobre fornecimento de medicamentos. Estas devem verificar, primeiro, se há política pública sobre os medicamentos pleiteados no caso concreto; e, em caso negativo, o Judiciário deve, então, considerar cinco aspectos:

- 1) a existência de vedação legal para o fornecimento do medicamento, ou seja, se o mesmo já possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- 2) a existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS que expressamente proíbem o uso/fornecimento do medicamento;
- 3) se o medicamento está em fase de testes clínicos;
- 4) se o tratamento já fornecido pelo SUS é adequado para o caso do demandante;
- 5) se o Executivo comprovou que a decisão judicial favorável ao demandante gera grave lesão à ordem, à economia, à saúde ou à segurança pública (Dallari, 2013).

Um dos aspectos salientados na audiência foi a proposta de criação dos NATs em todos os estados, de modo a auxiliar tecnicamente o Judiciário para a tomada de decisões.

Após a audiência pública, o CNJ editou a recomendação CNJ n. 31, de 30 de março de 2010, que indica aos tribunais “a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar eficiência na solução de demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”.

Por meio desse dispositivo, o CNJ orienta aos magistrados que:

- b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (Conep), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento; b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas. (Recomendação CNJ n. 31, item I, letra “b”)

Somado a isso, o presidente do CNJ recomenda aos Tribunais Regionais e Federais que:

- 6) celebrem convênios para disponibilizar apoio técnico com médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados na tomada de decisão (recomendação CNJ n. 31, item I, letra “a”);

- 7) incluam a legislação relativa ao direito sanitário nos concursos para ingresso na magistratura (Recomendação CNJ n. 31, item I, letra "c");
- 8) promovam visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, unidades públicas ou conveniadas de saúde, hospitais habilitados em oncologia ou serviços de dispensação de medicamentos (Recomendação CNJ n. 31, item I, letra "d") (Valle & Camargo, 2011).

O conjunto de aspectos abordados pela norma demonstra a preocupação do CNJ com a dimensão que a judicialização da saúde adquiriu no país, reconhecendo os seus impactos não apenas para o Executivo, mas também para o Judiciário e seus membros.

Ainda em 2010, o CNJ criou, com a resolução n. 107, o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (FNJS), com o objetivo de monitorar as demandas de assistência à saúde, por meio de estudos e medidas normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos e prevenção de novos conflitos (art.1º).³

Em 2011 duas medidas em nível federal foram importantes para o tema da judicialização. Em primeiro lugar, foi aprovada a lei federal n. 12.401, que altera a lei n. 8.080, de 1990, em seu capítulo sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde. A lei estabelece o que se entende no SUS por "assistência terapêutica integral" (art.19-M), que compreende dispensação de medicamentos conforme as diretrizes estabelecidas em protocolos clínicos, e oferta de procedimentos terapêuticos constantes nas tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS. Na falta de protocolos ou diretrizes, a dispensação deverá ser baseada nas relações de medicamentos do gestor federal do SUS (art.19-P). A incorporação ou exclusão de medicamentos são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec) (art. 19-Q). Além disso, o artigo 19-T estabelece um aspecto central para a questão da judicialização da saúde:

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

- I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa;
- II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

Decorrente da nova legislação sobre assistência terapêutica integral e incorporação de tecnologia em saúde, o decreto presidencial n. 7646, de 2011,

3 Para uma análise detalhada sobre a constituição e papel do Fórum Nacional de Justiça para a Saúde, conhecido como Fórum da Saúde, ver Tullii (2017).

dispõe sobre a Conitec e sobre o processo administrativo para a incorporação ou alteração de tecnologias em saúde no SUS.

Em segundo lugar, ainda em 2011, foi apresentada outra publicação do CNJ sobre a matéria, a recomendação n. 36, que indica aos tribunais “a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar”. Assim, essa nova recomendação reforça a importância do apoio técnico multidisciplinar, para auxiliar os magistrados nas questões técnicas dos processos judiciais, além de estimular o estabelecimento de um canal de comunicação entre magistrados e operadoras de planos e serviços de saúde suplementar, por meio do cadastramento de endereços eletrônicos das operadoras junto às comarcas, seções e subseções judiciárias. Ademais, indica que os comitês executivos estaduais incluam, entre seus membros, um representante de planos de saúde suplementar. Por meio desta recomendação, o CNJ reconhece que o problema da judicialização da saúde não afeta apenas o setor público, mas também o privado, exigindo atenção dos órgãos judiciais para a questão.

Todavia, vale salientar que a inclusão de um representante dos planos privados, se, por um lado, possibilita o diálogo entre os atores envolvidos, por outro, reforça um problema já apontado sobre a participação de técnicos das secretarias estaduais e municipais de Saúde nesses arranjos institucionais: a questão da parcialidade, já que estarão defendendo seus interesses (em geral, voltados para não ampliação dos gastos em saúde), em detrimento dos interesses dos impetrantes (Jorge, 2017).

Dois anos depois, em 2013, o CNJ publicou a terceira recomendação sobre a questão (CNJ n. 43, de 20 de agosto de 2013), que aconselha os TJs e Tribunais Regionais Federais (TRFs) “que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar”. Esse é um sinal claro da necessidade de adaptação institucional interna, com vistas a enfrentar a judicialização da saúde, conforme foi discutido pela autora na Apresentação deste livro.

No âmbito estadual foi criada, em 2013, no Rio de Janeiro, a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS), uma cooperação entre Procuradoria-Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro, secretarias estadual e municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Defensoria Pública Estadual (DPGE) e

Federal (DPU) e TJ/RJ, com o objetivo de buscar soluções administrativas para o atendimento das demandas, evitando assim a judicialização.

Essa experiência, que busca ampliar o diálogo entre o Poder Executivo e as instituições do sistema de justiça, reuniu membros da DPU, da DPGE e das secretarias estadual e municipal de Saúde numa mesma estrutura física, facilitando a articulação. Os resultados foram positivos: diminuíram a judicialização e geraram dados importantes para a ampliação ou modificação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.

Segundo Jorge (2017: 334), ao avaliar os resultados obtidos pela Câmara,

A adoção de mecanismos consensuais de solução de controvérsias pela CRLS comprovadamente melhorou o atendimento à saúde e reduziu os índices de judicialização. Conforme Guimarães e Palheiro, no período de um ano de funcionamento foram atendidos 8.882 cidadãos e realizadas 12.486 solicitações de medicamentos e insumos, das quais cerca de 40% foram atendidas por meio de expediente administrativo, evitando o ajuizamento de ações judiciais. Ou seja, a judicialização reflete, muitas vezes, a desarticulação governamental.

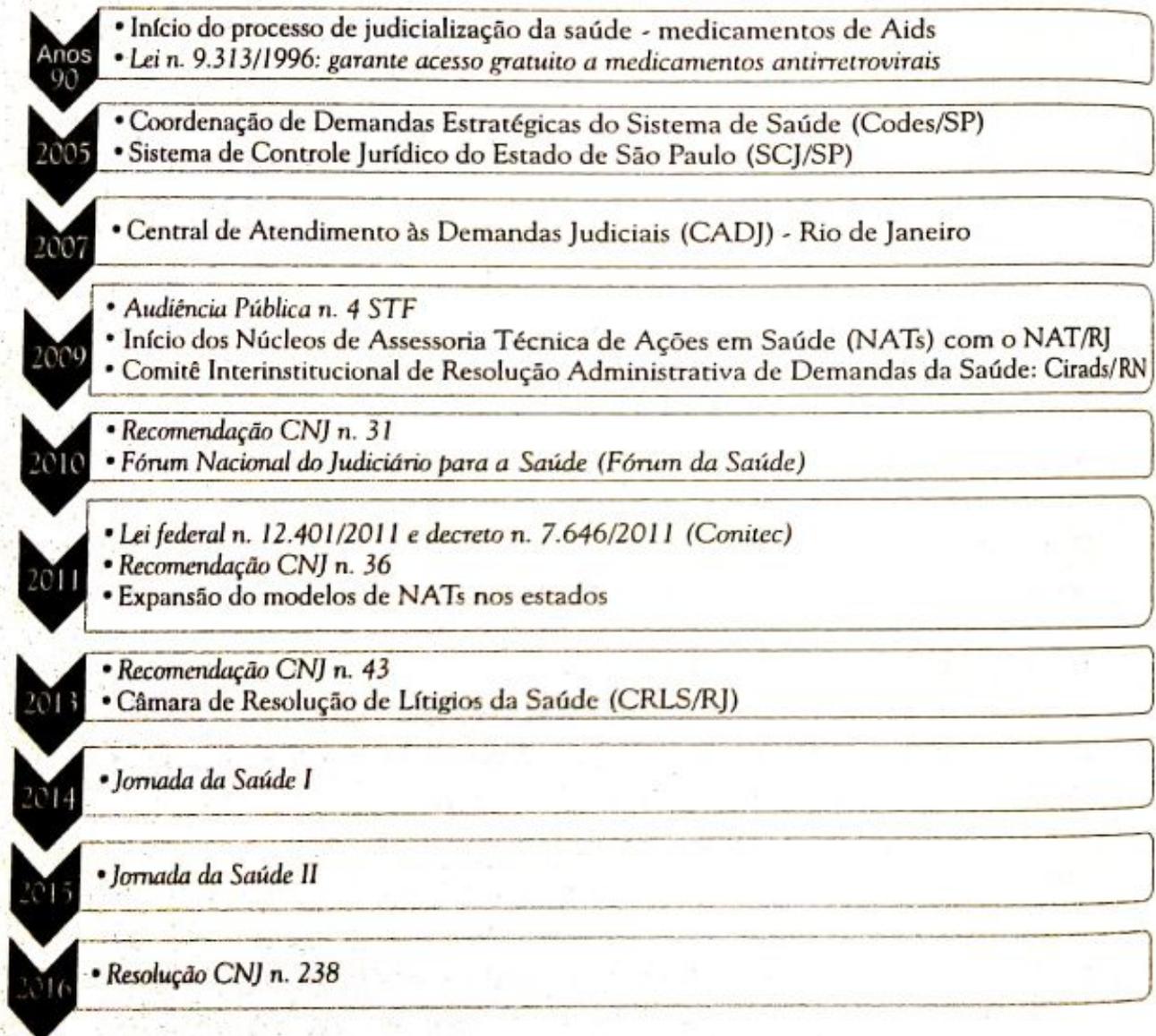
No âmbito nacional, um dos resultados do FNJS foi a proposta da Jornada Nacional de Saúde (Jorge, 2017). As duas primeiras jornadas, de 2014 e 2015, tiveram como objetivo ouvir as experiências dos magistrados e, com base nesses relatos, aprovar “enunciados interpretativos”. De acordo com Bucci (2017), foram aprovados 45 enunciados na I Jornada e outros 22 na II Jornada, totalizando 67. Alguns são dirigidos ao autor da ação, recomendando que este procure o SUS antes de iniciar uma ação, outros apresentam recomendações aos juízes sobre as decisões liminares, orientando, por exemplo, “que estas sejam precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleos de Apoio Técnico em Saúde (NATs) sempre que possível” (Bucci, 2017: 75).

Em 2016, o CNJ publicou a resolução n. 238, que trata da criação, pelos Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais, dos Comitês Estaduais de Saúde e da especialização de varas em comarcas com mais de uma fazenda pública. De acordo com o artigo 1º deste documento, os comitês devem ser compostos por: magistrados de primeiro ou segundo grau, estadual ou federal, gestores da área da saúde dos três níveis de governo e demais participantes do sistema de saúde sempre que possível (Anvisa, ANS, Conitec), representantes da Justiça (Ministérios Públicos Federal e Estaduais, Defensoria Pública, advogados públicos e um advogado representante da Organização dos Advogados do Brasil do respectivo estado), integrante do Conselho Estadual de Saúde, repre-

sentante dos usuários do sistema suplementar de saúde indicado pela Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor, por meio dos Procons de cada estado.

Enfim, foram vários os arranjos institucionais decorrentes do processo de judicialização do direito à saúde no Brasil. Esquemáticamente, na Figura 1, apresentamos a evolução do processo da judicialização do direito à saúde.

Figura 1 – Arranjos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde no Brasil



Obs.: em itálico estão as iniciativas em nível federal.

Constata-se, por meio das respostas judiciais e governamentais para o enfrentamento da judicialização da saúde, que este é um processo que não apenas vem ganhando uma dimensão importante para o sistema público de saúde, mas

também vem representando um desafio para nosso sistema de justiça, que precisou promover uma reengenharia institucional para manejá-lo.

Pode-se concluir, a partir da análise dessa evolução histórica dos arranjos institucionais criados a partir dos anos 2000, que a judicialização da saúde mobilizou diferentes poderes e instâncias para a garantia deste direito social. Verificou-se, no Brasil, um longo processo de aprendizado e mudanças institucionais – que, em geral, é lento e gradual (Mahoney & Thelen, 2010). Nesse caso, especificamente, Judiciário e Executivo passam por mudanças “em camadas” (*layering*), de acordo com Mahoney e Thelen (2010): não há mudanças, negligências ou exclusão de regras antigas, mas a inclusão paulatina de novas. Resultante desse processo, é possível afirmar que há hoje relações Judiciário-Executivo muito mais intensas e cooperativas do que em seu início nos anos 1990, como demonstra a análise da evolução dos arranjos institucionais.

Análises sobre o Processo de Judicialização da Saúde no Brasil

Conforme vimos anteriormente, as falhas do sistema público de saúde e de assistência farmacêutica no Brasil impulsionaram o processo de judicialização do direito à saúde, sobretudo no quesito acesso a medicamentos, gerando uma série de estudos sobre o tema, nas diferentes áreas do conhecimento, e em especial nos campos da saúde pública, do direito e da ciência política/políticas públicas.

As primeiras análises, sobretudo na área da saúde pública, salientavam os aspectos negativos desse processo, principalmente em decorrência da interferência do Judiciário na definição de políticas públicas, tarefa dos poderes Executivo e Legislativo. Nesses estudos, focava-se no poder de veto do Judiciário (Tsebelis, 2009; Taylor, 2008), bloqueando ou forçando determinadas políticas públicas não necessariamente prioritárias para os governos. Em oposição, o campo do direito centrou-se em entendê-lo como um processo de acesso a um direito constitucionalmente garantido, o direito universal e integral à saúde (Oliveira & Noronha, 2011), vendo-o, portanto, como um processo positivo e previsto num Estado democrático de direitos.

Essas visões dicotômicas, apontadas por Oliveira e Noronha (2011), vão perdendo espaço com o avanço dos estudos sobre a judicialização e o reconhecimento generalizado da complexidade do tema, tanto para os operadores do direito quanto para os formuladores e gestores de políticas públicas. Essa complexidade envolve aspectos positivos e negativos do processo, enfatizados diferentemente pelas análises.

No rol dos estudos que viam a judicialização da saúde como negativa, alguns argumentos eram enfatizados: a intervenção judicial no SUS gera iniquidades, dado que garante acesso justamente às classes mais abastadas da nossa sociedade, que poderiam arcar com os custos dos tratamentos médicos demandados judicialmente. Trata-se do argumento que podemos chamar de elitização do acesso à saúde pela via judicial. Nessa linha, encontram-se trabalhos como os de Vieira e Zucchi (2007), Chieffi e Barata (2010), Silva e Terrazas (2011).

Por meio da geoespacialização dos dados de residência dos impetrantes das ações judiciais para a aquisição de medicamentos na cidade de São Paulo no ano de 2005, Vieira e Zucchi (2007) demonstram que a maioria das ações (63%) se concentra nas áreas centrais e de menor exclusão social – a partir do índice de exclusão/inclusão (IEX) variando entre -0,4 e 1. Trabalhos como esse demonstram que, ao favorecer a elite econômica que acessa o Judiciário, as decisões judiciais que interferem em políticas públicas podem agravar as desigualdades sociais ao distribuir os bens públicos de maneira ineficiente, sem levar em consideração critérios redistributivos. Os cidadãos economicamente menos favorecidos sofreriam negativamente os efeitos das decisões judiciais que promovem a elitização do acesso à saúde, já que estas excluiriam ainda mais os que mais precisam da atenção do Estado.

Wang e Ferraz (2013) também discutem a questão da elitização do acesso à justiça. De acordo com eles, o argumento daqueles que são *pró-litigância* (por gerar a garantia de direitos, apesar do acesso desigual à justiça) não se sustenta numa situação de recursos escassos e de histórica desigualdade social como a brasileira, agravando as necessidades dos menos favorecidos. Com base nos dados da cidade de São Paulo, os autores concluem que a judicialização da saúde, iniciada pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública, enfrenta obstáculos para atingir os mais necessitados, agravando a desigualdade no acesso à saúde.

Outros autores argumentam que o processo de judicialização seria decorrente, em certa medida, do *lobby* exercido pela indústria farmacêutica, “junto a segmentos sociais (pesquisadores, pacientes, médicos) e governamentais, para incorporação de seus produtos, o que poderia estar exercendo papel importante no sentido de estimular a demanda judicial para incorporação de novos medicamentos” (Ventura *et al.*, 2010). A judicialização, portanto, reforçaria o poder desses *lobbies* na definição da política de assistência farmacêutica nacional.

De acordo com Campos Neto e colaboradores (2012), após analisarem mais de 2.400 ações judiciais solicitando medicamentos no estado de Minas Gerais, entre outubro de 1999 e outubro de 2009, há uma associação entre os médicos e

escritórios de advocacia, o que é comprovado por alguns dados de concentração de ações em escritórios e médicos. Os autores demonstram, por exemplo, que, entre as ações representadas por um único escritório, quase 44% delas tiveram um único médico como prescritor do medicamento adalimumabe. O mesmo tipo de relação foi observado por Chieffi e Barata (2010), que evidenciaram a forte relação entre algumas prescrições e advogados responsáveis pelas ações judiciais em São Paulo.

O terceiro aspecto negativo salientado nos estudos sobre o tema é a não observância, pelo Judiciário, do planejamento orçamentário elaborado pelos Legislativos e pelos Executivos, necessário para o cumprimento das exigências legais estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Mazza & Mendes, 2014). De acordo com tais análises, a desatenção em relação à questão do planejamento orçamentário pelas cortes, inclusive pelo STF, pode prejudicar toda a política de saúde, tornando-a insustentável e, conseqüentemente, inviabilizando a garantia desse direito. Ademais, pode-se assim levar os gestores públicos a uma situação de impasse legal: ou descumpre-se a decisão judicial, ou comete-se um crime de responsabilidade ou um crime contra a administração pública (Mazza & Mendes, 2014).

O impacto orçamentário das decisões judiciais também foi discutido por Menicucci e Machado (2010), Chieffi e Barata (2010), Biehl e colaboradores (2009, 2012), Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), Wang e colaboradores (2015), dentre outros autores. O que esses estudos não levaram em consideração, no entanto, é uma questão salientada por Vasconcelos (2014), que é o fato de que as decisões judiciais não serão necessariamente cumpridas, ou plenamente cumpridas, pelos atores políticos. Quando esses autores apontam os impactos orçamentários das decisões judiciais, estão contando com o seu pleno cumprimento. Como salientou Vasconcelos (2014: 40):

Esta constatação de impacto omite os atores responsáveis pelo cumprimento das decisões ou os considera como suas "vítimas impotentes", pressupondo em ambos os casos que o conteúdo das decisões judiciais se traduziria incontestavelmente em uma só ação perfeitamente interpretada e imediatamente cumprida por atores políticos que agiriam como *longa manus* do Judiciário.

Vasconcelos afirma que é preciso conhecer as alternativas de que os atores políticos dispõem quando se deparam com as decisões judiciais. Em alguns casos, cumpre-se a decisão; em outros, tenta-se a sua reversão (através da mudança das regras do jogo, ou seja, aprovando emendas constitucionais ou alterando a

legislação infraconstitucional), ou mesmo a retaliação (reduzindo o poder das cortes ou alterando sua composição, como no caso da corte americana durante o New Deal) (Kapiszewski & Taylor, 2013). No caso do conflito ambiental-urbano na política habitacional, por exemplo, Oliveira e Lopes demonstram que a estratégia do ator político foi a postergação da implementação da decisão judicial, ainda que o não cumprimento acarretasse a cobrança diária de multas ao órgão público réu do processo – também esta não cumprida (Cf. capítulo 9 desta coletânea).

Esses trabalhos mostram que é preciso levar em consideração o aspecto teoricamente explorado por Kapiszewski e Taylor (2013), denominado *compliance*. Deve-se atentar para os fatores que influenciam o cumprimento ou não das decisões judiciais pelos atores políticos, que podem ser de quatro naturezas: características do caso (e da política pública envolvida), das cortes que proferem a sentença, do Estado que deverá cumprir a decisão, e, ainda, características da decisão em si – por exemplo, demandas inexecutáveis são mais descumpridas do que aquelas facilmente executáveis. No caso da saúde, podemos exemplificar com decisões que exigem construção de novos leitos hospitalares num prazo muito curto ou decisões que exigem o fornecimento de medicamentos disponíveis no mercado nacional, respectivamente.

O conteúdo das decisões leva-nos a outro aspecto negativo discutido em diversos estudos, que diz respeito às limitações técnicas dos juízes para decidir sobre políticas públicas específicas. São muitos os fatores a serem considerados na decisão de garantir ou não o fornecimento público a um medicamento – como, por exemplo, protocolos clínicos; licenças para comercialização; listas nacionais, estaduais e municipais de medicamentos etc. Conhecer tais questões técnicas em detalhes não é função do Judiciário, mas suas decisões devem necessariamente lidar com elas. Por isso é que a evolução do processo de judicialização do direito à saúde no Brasil levou, como vimos anteriormente, a “entrelaçamentos institucionais” voltados para dotar o Judiciário dos saberes técnicos detidos pelo Executivo, por meio das secretarias de Saúde.

Outro aspecto visto como negativo em análises sobre os processos de judicialização diz respeito ao caráter individual das demandas acolhidas pelas cortes. Conforme mostrado anteriormente, passou a ser uma estratégia do Judiciário acatar demandas individuais e rejeitar, com maior frequência, demandas coletivas. De acordo com Mazza e Mendes (2014: 48),

O STF tem entendido, em grande parte dos seus julgados, que o direito à saúde é um direito individual e que pode ser gozado individualmente por cada indivíduo. No entanto, aceitar que somente uma pessoa ou

determinado grupo tenha direito à saúde pelo fato de tê-lo alcançado por vias jurídicas não implementa o direito à saúde conforme a Constituição. Ao contrário, agindo assim atribui-se o requerido direito somente aos que tiveram acesso ao Poder Judiciário e àquela decisão.

Essa questão da individualidade do ganho será relativizada por Oliveira e Noronha (2011), conforme ver-se-á adiante.

Por fim, vale mencionar como um aspecto negativo os impactos financeiros gerados pela não observância, pelo Judiciário, do princípio federativo do SUS. Esta questão, pouco explorada pela literatura, foi discutida por Wang e colaboradores (2015), ao analisarem o caso dos impactos financeiros da judicialização no orçamento da saúde no município de São Paulo. Segundo os autores, os juízes tendem a desconsiderar o impacto orçamentário de suas decisões e, ainda, entendem que os três níveis governamentais devem ser igualmente responsabilizados pelo fornecimento de qualquer tipo de medicamento, independentemente da divisão de responsabilidades entre os entes federados na estrutura de gestão do SUS. Analisando os gastos com a judicialização da saúde no município em 2011, concluem que 55% dos gastos foram destinados ao fornecimento de medicamentos cuja responsabilidade pelo provimento compete ao estado ou ao governo federal, segundo a divisão de competências em termos de assistência farmacêutica no SUS. A não observância do princípio federativo do SUS pelo Judiciário, portanto, tende a impactar sobremaneira os governos municipais, que não são os gestores responsáveis por medicamentos de mais alto custo.

Este tema também esteve presente na audiência pública promovida pelo STF em 2009. De acordo com o relato de Valle e Camargo (2011:18), os presentes destacaram as preocupações dos gestores estaduais e municipais com a questão de divisão de competências, afirmando que "a condenação solidária dos entes federativos gera um grande transtorno, ocasionando, não raras vezes, duplicidade no cumprimento da determinação judicial". Ainda assim, decisões judiciais continuam a obrigar municípios a pagar por tratamentos farmacêuticos de responsabilidade dos demais gestores do SUS, desconsiderando as normas operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pactuada pelos três níveis de gestão do sistema nos órgãos colegiados e deliberativos do SUS.

Outros estudos apontam os aspectos positivos da judicialização do direito à saúde. O primeiro e mais óbvio deles é a garantia do direito constitucionalmente determinado, mas não cumprido pelo Estado. O Judiciário atua, de acordo com este argumento, como o órgão garantidor de um direito que só não é assegurado adequadamente por ineficiência dos gestores públicos. Num contexto em que

o sistema representativo encontra-se em crise, agravado pelo descrédito da população com a política e os políticos, a saída judicial seria a alternativa viável e disponível para o acesso a serviços públicos. A judicialização das políticas públicas seria, para essa vertente, o caminho possível diante do esgotamento das alternativas políticas e de representação e participação social: “o *judicial review* e a afirmação das leis fundamentais que impõem limites à regra da maioria abrem para os cidadãos novos lugares de representação da sua vontade” (Vianna & Burgos, 2002: 341).

Outro aspecto positivo apontado é a capacidade de alteração da atuação do Executivo por meio de reiteradas decisões judiciais similares. Essa questão foi enfatizada por Oliveira e Noronha (2011), ao demonstrarem que alguns medicamentos foram incorporados à lista do SUS, sendo então regularmente distribuídos pelo Estado, em decorrência das inúmeras vitórias judiciais individuais para o seu fornecimento. Assim, os milhares de ganhos individuais de alguns medicamentos acabaram gerando a sua incorporação à lista estadual de medicamentos de São Paulo. O mesmo argumento é apresentado por Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005). Os autores questionam afirmações categóricas que defendem que apenas ações coletivas têm o poder de gerar efeitos coletivos. A soma de ações individuais pode causar um importante impacto em termos de políticas públicas para a coletividade.

Ainda em relação aos efeitos para as políticas públicas, a judicialização pode colocar alguns temas na agenda governamental. Este é o caso, citado anteriormente, da incorporação de novos medicamentos na lista do SUS por conta do volume excessivo de ações judiciais que os solicitam (Oliveira & Noronha, 2011).

Sobre a implementação das decisões judiciais, Ferraz (2011) e Oliveira e Noronha (2011) asseveram que não são muitos os trabalhos que lidam com a questão. A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, por exemplo, adotou uma “medida de prevenção”, nos termos de Vasconcelos (2014), ao criar um serviço administrativo para análise das demandas por medicamentos, de forma a atendê-las sempre que possível e barrar o acionamento judicial, diminuindo assim a judicialização, bem como os custos administrativos e sociais desse processo.

O fortalecimento de estruturas administrativas, seja para garantir o acesso, seja para incorporar mais rapidamente os medicamentos, como a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Wang, 2013; Prado, 2013) mencionada anteriormente, pode ser visto como um efeito positivo gerado pela judicialização.

Outra medida, também já destacada na seção anterior, são as parcerias interinstitucionais com o objetivo de diminuir as demandas judiciais. Tais parcerias podem envolver Judiciário, Executivo, Ministério Público e/ou Defensorias Públicas, como os NATs e o Cirads, por exemplo. Há ainda aquelas que Vasconcelos (2014) analisou detalhadamente e denominou “medidas de remediação”, tais como:

- 1) Criação de órgão ou setor que centraliza o atendimento às demandas judiciais: voltado para o acompanhamento das sentenças judiciais, controlando suas variadas informações. São exemplos dessas iniciativas:

a Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS, responsável pelas demandas judiciais contra a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e o S-Codes, sistema informatizado que registra informações de todas estas ações (Haffah Filho, 2010); o DEMANDE, órgão criado pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Wang *et al.*, 2012) para centralizar e acompanhar as demandas judiciais contra esta secretaria; a Assessoria Técnica criada em 2007 pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (Pereira & Carneiro, 2012); a Central de Mandados Judiciais da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, transformada em 2007 na Central Única de Demandas Judiciais, formada por membros das secretarias municipal e estadual (Reis Junior, 2008: 74-75); o AME-Sistema da Administração de Medicamentos, criado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Naundorf, 2009); a informatização do Núcleo de Armazenamento, Controle e Distribuição de Medicamentos (NACD) da Secretaria do Espírito Santo e a criação do setor de judicialização da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (Tavares *et al.*, 2010); e o Núcleo de Assuntos Judiciais da SES de Pernambuco. (Vasconcelos, 2014: 63)

- 2) Formas de contratação, como registro de preços e dispensas de licitação: poucos trabalhos analisam os impactos da judicialização a partir dos mecanismos de contratação da administração pública. Os poucos que o fazem (Pereira & Carneiro, 2012; Diniz, Medeiros & Schwartz, 2012; Wang *et al.*, 2015) apontam para o fato de que a judicialização desorganiza os processos licitatórios, levando os gestores a adquirirem produtos a um custo mais elevado, em função da dispensa ou inexigibilidade de licitação, impondo gastos não previstos pela administração. Como saída, algumas secretarias de saúde têm adotado o sistema de registro de preços (SRP), pelo qual a empresa ganhadora do processo licitatório deve garantir o preço e a disponibilidade do produto pelo prazo de validade do registro (Vasconcelos, 2014). Com isso, as secretarias conseguem garantir um preço melhor do que

aquele realizado em compras individualizadas e em pequenas quantidades, quando não se tem esse recurso.

- 3) Rubrica específica para o cumprimento de decisões judiciais: esta terceira estratégia, verificada no caso de Minas Gerais (Pereira & Carneiro, 2012), prevê dotação específica para sentenças judiciais no orçamento do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais, reservando recursos para os gastos com ações judiciais. Analisando cinco estados brasileiros (SP, MG, RJ, SC e RS), Vasconcelos (2014: 71) conclui que, com exceção de São Paulo, “todos os estados continham em suas leis orçamentárias, para todos os anos [2010-2013], alguma previsão de despesas para gastos com a judicialização”, o que demonstra que a judicialização é, sem dúvida, um processo com o qual os gestores sabem que terão que lidar e, portanto, exige estratégias de enfrentamento.

Em resumo, podemos apresentar como aspectos negativos apontados pelas análises sobre judicialização: 1) a elitização do acesso à saúde pela via judicial; 2) o *lobby* exercido pela indústria farmacêutica, utilizando a judicialização para o lucro; 3) a não observância, pelo Judiciário, do planejamento orçamentário elaborado pelos poderes Legislativos e Executivos; 4) as limitações técnicas dos juízes para decidir sobre políticas públicas específicas, altamente dependentes de conhecimento técnico, como é o caso da política de assistência farmacêutica; 5) o caráter individual das demandas acolhidas pelas cortes, em detrimento de um olhar para a saúde pública, voltada à maioria; 6) a não observância, pelo Judiciário, do princípio federativo do SUS.

Em relação aos aspectos positivos, temos: 1) a efetiva garantia de direitos pelo Judiciário; 2) a colocação de alguns temas de políticas públicas na agenda da administração pública; 3) o fortalecimento de processos e estruturas administrativas, que incluem: a) criação de órgão ou setor que centraliza o atendimento às demandas judiciais; b) formas de contratação, como registro de preços e dispensas de licitação; c) a rubrica específica para o cumprimento de decisões judiciais (Vasconcelos, 2014).

Vale lembrar que as análises não necessariamente apontam os aspectos listados como “positivos” ou “negativos”. Aqui, analisamo-los de maneira a compreender as distintas perspectivas adotadas, bem como os variados efeitos gerados pelos processos de judicialização. Os primeiros estudos, conforme dito anteriormente, se posicionavam mais claramente como favoráveis ou desfavoráveis à judicialização do direito à saúde. Com o avanço da compreensão desse fenômeno, multifacetado, sabe-se hoje que há aspectos positivos e negativos concomitantemente verificados. O emaranhado de atores, instituições, causas

e impactos levou as análises mais recentes para outro caminho. Biehl e colaboradores (2018) destacam essa complexidade e atestam que a judicialização deve ser percebida como intrínseca às democracias contemporâneas, garantidoras de direitos sociais.

Em relação à evolução do caso brasileiro, podemos dizer que o processo de judicialização do direito à saúde, especificamente no que diz respeito à garantia de acesso a medicamentos, transformou a política pública de assistência farmacêutica em decorrência da interação entre a administração pública e o sistema de justiça, com efeitos positivos e negativos sobre a política, o que somente um olhar sistêmico para o processo pode explicitar. O conjunto das análises aqui esmiuçadas demonstra essa evolução e seus resultados.

Considerações Finais

Nas últimas décadas, as políticas públicas foram fortemente marcadas por um processo crescente de judicialização, alterando seu planejamento e ritmo de implementação. No caso da saúde, não foram poucas as alterações geradas institucionalmente decorrentes do processo de judicialização do acesso a medicamentos, foco deste capítulo. Regras e instituições foram criadas para o enfrentamento desse fenômeno que impôs ao gestor público a necessidade de administrá-lo cotidianamente, buscando minorar seus efeitos deletérios e, concomitantemente, explorar os seus possíveis efeitos positivos, de forma a atender às demandas judiciais, por um lado, e conseguir implementar sua agenda de governo, por outro.

A reconstrução histórica das quase três décadas de judicialização da saúde no Brasil e das análises sobre o tema permitem-nos concluir, em primeiro lugar, que as mudanças institucionais foram graduais e “em camadas” (*layering*), conforme a classificação de Mahoney e Thelen (2010), com a paulatina inclusão de novas regras, sem o desfazimento das anteriores, visando a enfrentar um fenômeno para o qual não há uma única solução possível ou definitiva e que é, também, inevitável: o acionamento das instituições judiciais para a garantia do direito à saúde, o que inclui o acesso a medicamentos para o tratamento de toda e qualquer doença. Como resultado, as interações entre Judiciário e Executivo são hoje mais cooperativas do que aquelas verificadas no início dos anos 1990.

Em segundo lugar, essa interação foi influenciada tanto pela reação aos aspectos negativos impostos pela judicialização (como a possível elitização do acesso ao direito à saúde pela via judicial, a limitação técnica dos juízes para

decidir sobre questões de saúde pública, a não observância do planejamento orçamentário ou do princípio federativo do SUS, dentre outros), quanto pelos aspectos positivos, que produziram mudanças importantes na política, como a criação de instrumentos para o diálogo interinstitucional ou a inclusão de novas políticas na agenda governamental, além da efetiva garantia do direito.

Mas muito ainda falta conhecer. Falta saber se as mudanças institucionais geradas para a “gestão da judicialização da saúde” (Vasconcelos, 2018) foram efetivas no sentido de minorar o impacto da judicialização nos governos e nas políticas públicas. Também desconhecemos se ela é mais frequente nos locais com uma rede de serviços de saúde mais complexa ou, ao contrário, onde as carências são maiores. Se, por um lado, o acionamento do Judiciário demanda conhecimento do direito e acesso aos serviços advocatícios, privados ou públicos, por outro, a ausência e/ou ineficiência dos serviços prestados são elementos que forçariam a judicialização. Enfim, sabemos que há variações significativas inter e intra regiões (Biehl *et al.*, 2018), mas desconhecemos onde e por quais motivos ela está mais ou menos presente, e somente análises comparadas poderão nos esclarecer.

O que é certo é que a judicialização vem aumentando, em volume e impacto para o processo de políticas públicas, tanto em termos financeiros, quanto em termos de gestão político-administrativa. A reconstituição histórica dos caminhos da judicialização do direito à saúde e suas análises demonstram que ela veio para ficar e, portanto, os gestores públicos terão de lidar com sua sistematicidade e manejá-la, encontrando mecanismos institucionais de diálogo com vistas à adequada produção e implementação da política de saúde.

Referências

BIEHL, J. *et al.* Judicialization of the right to health in Brazil. *The Lancet*, 373: 2.182-2.184, 2009.

BIEHL, J. *et al.* Between the courts and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health and Human Rights*, 14(1): E36-52, 2012.

BIEHL, J. *et al.* Judicialization 2.0: understanding right-to-health litigation in real time, *Global Public Health*, 14(2): 1-10, 2018. Disponível em: <www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2018.1474483>. Acesso em: fev. 2019.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D. & DUARTE, C. S. (Orgs.). *Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017.

- CALDEIRA, V. S. *Política, Direito e Representação de Interesses Coletivos pela Via Judicial: vinte anos de Ação Civil Pública*, 2009. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- CAMPOS NETO *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(5): 784-790, 2012.
- CASTRO, K. R. T. R. *Os Juízes Diante da Judicialização da Saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde*, 2012. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- CHIEFFI, A. L. & BARATA, R. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 44(3): 421-429, 2010.
- COUTO, C. G. & ARANTES, R. B. Constitution, government and democracy in Brazil. *World Political Science Review*, 4(2): 1-33, 2008.
- DALLARI, S. Aspectos particulares da chamada judicialização da saúde. *Revista do Direito Sanitário*, 14(1): 77-81, 2013.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. & SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3): 479-489, 2012.
- FERRAZ, O. Brazil: health inequalities, rights and courts – the social impact of the judicialization of health. In: YAMON, A. E. & GLOPPEN, S. (Eds.). *Litigating Health Rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge: Harvard University Press, 2011.
- FERREIRA, S. L. & COSTA, A. M. Núcleos de Assessoria Técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? *Revista SJRJ*, 20(36): 219-240, 2013. Disponível em: <www.ufjf.br/siddharta_legale/files/2014/07/Nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializacao-da-saude.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- GAURI, V. & BRINKS, D. *Courting Social Justice: judicial enforcement of social and economic rights in the developing world*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- JORGE, I. R. Novas formas de enfrentamento da judicialização da saúde: a audiência pública n. 4 e as medidas adotadas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. In: BUCCI, M. P. D. & DUARTE, C. S. (Orgs.). *Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017.
- KAPISZEWSKI, D. & TAYLOR, M. Compliance: conceptualizing, measuring, and explaining adherence to judicial ruling. *Law and Social Inquiry*, 38(4): 803-855, 2013.
- MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista do Direito Sanitário*, 9(2): 73-91, 2008.
- MAHONEY, J. & THELEN, K. A theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, J. & THELEN, K. (Eds.). *Explaining Institutional Change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- MAZZA, F. & MENDES, A. N. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. *Revista do Direito Sanitário*, 14(3): 42-65, 2014.

- MENICUCCI, T. M. G. & MACHADO, J. A. Judicialization of health policy in the 1353 definition of access to public goods: individual rights versus collective rights. *Brazilian Political Science Review*, 4(1): 33-68, 2010.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. & LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2): 525-534, 2005.
- OLIVEIRA, V. E. & NORONHA, L. N. T. Judiciary-executive relations in policy making: the case of drug distribution in the state of São Paulo. *Brazilian Political Science Review*, 5: 11-46, 2011.
- PEREIRA, L. R. & CARNEIRO, R. Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES-MG. In: ENCONTRO DA DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA/ APB DA ANPAD - ENAPG, V, 18-20 nov. 2012, Salvador.
- PRADO, M. M. The debatable role of courts in Brazil's health care system: does litigation harm or help? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1): 124-137, 2013.
- RACHID, R. R. Alternativa à judicialização do direito à saúde: a experiência do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads) no Rio Grande do Norte. In: BUCCI, M. P. D. & DUARTE, C. S. (Orgs.). *Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017.
- SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. & SCHEFFER, M. A judicialização dos antirretrovirais no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). *Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Parcerias e Mobilização Social, 6)
- SCHEFFER, M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da Aids no Sistema Único de Saúde. In: KEINERT, T. M. M.; DE PAULA, S. H. B. & BONFIM, J. R. A. (Orgs.). *As Ações Judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde*. v. 1. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.
- SCHEFFER, M.; SALAZAR, A. L. & GROU, K. B. *O Remédio Via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série Legislação, n. 3)
- SILVA, V. A. & TERRAZAS, F. V. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded. *Law and Social Inquiry*, 36(4): 825-853, 2011.
- TAYLOR, M. O Judiciário e as políticas públicas no Brasil. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 50(2): 229-257, 2008.
- TSEBELIS, G. *Atores com Poder de Veto: como funcionam as instituições políticas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- TULLI, M. S. *Para Além da Judicialização: política pública da justiça no campo da saúde*, 2017. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

VALLE, G. H. M. & CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Revista do Direito Sanitário*, 11(3): 13-31, 2011.

VASCONCELOS, N. P. *Judiciário e Orçamento Público: considerações sobre o impacto orçamentário de decisões judiciais*, 2014. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

VASCONCELOS, N. P. *Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde? Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização*, 2018. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(1): 77-100, 2010

VIANNA, L. J. W. & BURGOS, M. B. Revolução processual do direito e democracia progressiva. In: VIANNA, L. J. W. (Org.). *A Democracia e os Três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

VIEIRA, F. S. & ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(2): 214-222, 2007.

WANG, D. W. L. Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court. *Health Economics, Policy and Law*, 8: 75-93, 2013.

WANG, D. W. L. & FERRAZ, O. L. M. Reaching out the needy? Access to justice and public attorneys' role in right to health litigation in the city of São Paulo. *SUR – International Journal on Human Rights*, 10(18): 159-179, 2013.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*, 48(5): 1.191-1.120, 2015.