

# Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos Extraordinários 566.471 e 657.718

**Henrique Gentil Oliveira**

---

Orientador: Professor Doutor Cesar Viterbo Matos Santolim

Coletânea de Pós-Graduação

**Especialização em Análise Econômica do Direito (AED)**

Volume 1



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

**MINISTROS**

Bruno Dantas (Vice-Presidente no exercício da Presidência)

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

Augusto Nardes

Aroldo Cedraz

Vital do Rêgo

Jorge Oliveira

Antonio Anastasia

**MINISTROS-SUBSTITUTOS**

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

André Luis de Carvalho

Weder de Oliveira

**MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU**

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)

Lucas Furtado (Subprocurador-Geral)

Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-Geral)

Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)

Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)

Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)



**DIRETORA-GERAL**

Ana Cristina Melo de Pontes Botelho

**DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS,  
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS**

Flávia Lacerda Franco Melo Oliveira

**CHEFE DO DEPARTAMENTO  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS**

Clémens Soares dos Santos

**CONSELHO ACADÊMICO**

Maria Camila Ávila Dourado

Tiago Alves de Gouveia Lins e Dutra

Marcelo da Silva Sousa

Rafael Silveira e Silva

Pedro Paulo de Moraes

**COORDENADOR ACADÊMICO**

Leonardo Lopes Garcia

**COORDENADORES PEDAGÓGICOS**

Ana Carolina Dytz Fagundes de Moraes

Flávio Sposto Pompêo

Georges Marcel de Azeredo Silva

Marta Eliane Silveira da Costa Bissacot

**COORDENADORA EXECUTIVA**

Maria das Graças da Silva Duarte de Abreu

**PROJETO GRÁFICO E CAPA**

Núcleo de Comunicação – NCOM/ISC

# Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos Extraordinários 566.471 e 657.718

Henrique Gentil Oliveira

Monografia de conclusão de curso submetida ao Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Análise Econômica do Direito.

**Orientador:**

Professor Doutor Cesar Viterbo Matos Santolim

**Examinador:**

Professor Doutor Pedro Henrique Poli de Figueiredo

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

OLIVEIRA, Henrique Gentil. Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos Extraordinários 566.471 e 657.718. 2023. Monografia (Especialização em Análise Econômica do Direito) – Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Brasília DF.

## CESSÃO DE DIREITOS

NOME DO AUTOR: Henrique Gentil Oliveira

TÍTULO: Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos Extraordinários 566.471 e 657.718.

GRAU/ANO: Especialista/2023

É concedida ao Instituto Serzedello Corrêa (ISC) permissão para reproduzir cópias deste Trabalho de Conclusão de Curso somente para propósitos acadêmicos e científicos. Do mesmo modo, o ISC tem permissão para divulgar este documento em biblioteca virtual, em formato que permita o acesso via redes de comunicação e a reprodução de cópias, desde que protegida a integridade do conteúdo dessas cópias e proibido o acesso a partes isoladas desse conteúdo. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

---

Henrique Gentil Oliveira  
henriqueoliveira@mpf.mp.br

## FICHA CATALOGRÁFICA

L131a OLIVEIRA, Henrique Gentil

Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos  
Extraordinários 566.471 e 657.718.– Brasília: ISC/TCU, 2023.  
(Monografia de Especialização)

1. Análise Econômica do Direito.

CDU 02  
CDD 020

# Rivalidade no SUS e o julgamento dos Recursos Extraordinários 566.471 e 657.718

**Henrique Gentil Oliveira**

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Controle da Desestatização e da Regulação realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa como requisito para a obtenção do título de especialista em Análise Econômica do Direito.

Brasília, 8 de março de 2023.

**Banca Examinadora:**

---

Professor Doutor Cesar Viterbo Matos Santolim  
Orientador  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Pedro Henrique Poli de Figueiredo  
Examinador  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esse trabalho à minha família,  
sempre presente.

## Resumo

O sistema público de saúde brasileiro tem a pretensão de atender a todos de maneira isonômica, entregando o mesmo tratamento de saúde aos que enfrentam idêntica patologia. Para tanto, estabelece protocolos, delimitando os serviços e os medicamentos que são devidos para tratamentos específicos. Por outro lado, há grande volume de ações em que cidadãos pleiteiam tratamentos não previstos em tais protocolos. Quando acolhidos esses interesses, os finitos recursos públicos são concentrados para custear tratamentos não previstos - e usualmente caros - para poucos cidadãos, reduzindo as verbas disponibilizadas para os demais, o que aprofunda a rivalidade entre os usuários. No presente artigo, após analisadas as premissas de funcionamento do sistema público e também o conceito de rivalidade, é efetuado estudo de caso sobre dois recursos extraordinários muito relevantes envolvendo a temática, focando em aferir se o decorrente acirramento da rivalidade está influenciando o julgamento. Ao final, conclui-se que tal aspecto econômico, em regra, é levado em consideração para mensurar as consequências dos julgamentos.

**Palavras-chave:** Sistema público de saúde; rivalidade; Supremo Tribunal Federal.

## Abstract

**Abstract:** The Brazilian public health system intends to serve everyone in an isonomic way, delivering the same health treatment to those who face the same pathology. It establishes protocols, delimiting the services and medications that are due for specific treatments. On the other hand, there is a large volume of lawsuits in which citizens claim treatments not provided in such protocols. When these interests are accepted, finite public resources are concentrated to pay for unforeseen - and usually expensive - treatments for a few citizens, reducing the funds available to others, which deepens the rivalry between users. In this article, after analyzing the operating assumptions of the public system and also the concept of rivalry, a case study is carried out on two very relevant extraordinary appeals involving the theme, focusing on assessing whether the resulting intensification of rivalry is influencing the judgment or not. In the end, it is concluded that this economic aspect, as a rule, is taken into account to measure the consequences of judgments.

**Keywords:** Public health system; rivalry; Brazilian Supreme Court.

## Sumário

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>A RIVALIDADE .....</b>	<b>11</b>
2.1.	PROTÓCOLOS DE TRATAMENTOS DE SAÚDE PELO SUS .....	14
2.2.	JURISDIÇÃO E ACIRRAMENTO DA RIVALIDADE NO SUS .....	17
<b>3.</b>	<b>OS RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS 566.471 E 657.718.....</b>	<b>22</b>
3.1.	OS VOTOS DO MINISTRO MARCO AURÉLIO .....	24
3.2.	O VOTO DO MINISTRO ALEXANDRE DE MORAES .....	25
3.3.	O VOTO DO MINISTRO FACHIN.....	27
3.4.	OS VOTOS DO MINISTRO GILMAR MENDES .....	29
3.5.	OS VOTOS DO MINISTRO LUÍS ROBERTO BARROSO .....	31
3.6.	OS VOTOS DOS DE MAIS MINISTROS.....	34
<b>4.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>5.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os sistemas públicos de saúde, no florescer do Estado do Bem-Estar Social, foram se moldando, cada um a seu modo, a depender da situação político-social e dos limites das finanças estatais. Alguns terminaram abrangendo apenas atividades essenciais, outros exigem remuneração parcial do usuário, alguns se propuseram a ser mais amplos e sem contrapartida do cidadão, outros se concentram apenas em atividades preventivas como vacinação e vigilância sanitária.

O brasileiro, até o advento da Constituição de 1988, era mais restrito, limitando-se a atender problemas individuais de saúde dos segurados do extinto Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O restante da população buscava soluções sanitárias na rede privada ou, em sua maioria, nas redes assistenciais sem finalidades lucrativas.

No início da década de noventa foi criado o Sistema Único de Saúde, concentrando a gestão e o financiamento de segmentos esparsos do sistema público. Com efeito, o advento da Lei 8.689/1993, sedimentando o direito universal à saúde, descentralizando para os estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde.

A universalização do acesso à saúde pública brasileira, em sua concepção, também envolve a disponibilização de medicamentos e intervenções cirúrgicas, sem contrapartida do cidadão, restringindo-se aos tratamentos ofertados em protocolos. A intenção central é ofertar a todos idênticas oportunidades, além de conferir condições mínimas para que o sistema mantenha equilíbrio atuarial.

Com a virada de século, o Poder Judiciário passou a receber em grande escala ações em que cidadãos demandam do SUS tratamentos de saúde não previstos nos protocolos. Apesar da oscilação de seus precedentes, os tribunais reiteradamente deferiram pleitos de tal natureza, tornando mais escassos os recursos disponibilizados aos usuários do sistema público e acirrando a disputa pelas finitas prestações de saúde.

Na perspectiva econômica, tal modo de julgar nitidamente acentuou a rivalidade no SUS, afinal o deferimento de um tratamento de saúde altamente oneroso a determinado usuário prejudicará a prestação a outros.

O Supremo Tribunal Federal está apreciando, sob regime de repercussão geral, dois casos intimamente relacionados de extrema relevância para a definição da jurisprudência sobre a matéria. No Recurso Extraordinário (RE) 566.471, está julgando se é ou não viável ao Poder Judiciário determinar o fornecimento de medicamento de alto custo não incorporado ao SUS. Já no Recurso Extraordinário 657.718 julga sobre a possibilidade de o Poder Judiciário determinar ao SUS o fornecimento de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O presente artigo realizará estudo conjugado dos dois casos, com o intuito específico de aferir se a exegese em formação leva em consideração o endurecimento da rivalidade no âmbito do SUS. O objetivo do escrito não será analisar criticamente toda a extensão dos fundamentos, mas sim detalhar se os ministros, naquelas hipóteses, ponderaram a possibilidade de os recursos do sistema de saúde se tornarem mais escassos para a maioria de seus usuários.

## **2. A RIVALIDADE**

Ao contrário do que transparece o senso comum, a ciência econômica não se reduz ao estudo de atividades financeiras, tampouco à produção de riquezas em determinado período de tempo.

Mais do que isso, a Economia é ciência social que apura a gestão de recursos escassos, analisando a maneira como a interlocução entre indivíduos se dá na disputa por tais recursos. Na linha de pensamento de Lionel Robbins, “Economia é a ciência que estuda o comportamento humano como uma relação entre fins e meios escassos que têm usos alternativos”<sup>1</sup>.

Na relação entre pessoas e disputa por bens escassos, ganha relevo os conceitos de rivalidade.

Na utilização de um recurso, quando o consumo de uma unidade de bem ou serviço reduz a quantidade disponível para outros interessados, estamos diante de um bem classificado como rival. Na senda da saúde pública, um medicamento ou tratamento

---

<sup>1</sup> ROBBINS, Lionel. Um ensaio sobre a natureza e a importância da ciência econômica. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 15.

disponibilizado a usuário é um recurso caracterizado como rival, pois o consumo termina por reduzir a oferta do mesmo recurso para outros cidadãos<sup>2</sup>.

A discussão é mais densamente objeto da doutrina na perspectiva dos bens privados, mas a inteligência da argumentação decerto pode ser transplantada para a seara dos bens e serviços públicos<sup>3</sup>:

Most examples of property that we have discussed thus far in this book are what economists call “private goods.” Goods that economists describe as purely private have the characteristic that one person’s use precludes another’s: For example, when one person eats an apple, others cannot eat it; a pair of pants can be worn only by one person at a time; a car cannot go two different directions simultaneously; and so forth. These facts are sometimes summarized by saying that there is rivalry in the consumption of private goods.

The polar opposite is a purely public good, for which there is no rivalry in consumption. A conventional example of a public good is military security in the nuclear age. Supplying one citizen with protection from nuclear attack does not diminish the amount of protection supplied to other citizens<sup>4</sup>.

A ausência de rivalidade é, em regra, característica marcante dos bens e serviços públicos, porque podem ser ofertados para vários usuários simultaneamente sem que ocorra seu exaurimento. Como referência, a utilização de uma rodovia por um motorista ou a disponibilização de aula para um estudante de universidade pública não esgota a possibilidade de que outros desfrutem do mesmo serviço ou do mesmo bem<sup>5</sup>.

O fornecimento de insumos de saúde pelo Estado termina por ser exceção, afinal sua utilização quase invariavelmente implica em exaurimento. Além disso, a prestação de um medicamento é, como padrão, excludente, pois é inviável que mais de uma pessoa dele se beneficie simultaneamente. Vale a reserva de que algumas prestações de saúde pública

---

<sup>2</sup> ENAP. Introdução ao Estudo da Economia do Setor Público, Módulo 3, p.8.

<sup>3</sup> COOTER, Robert; ULEN, Thomas. Law and economics. 6 ed. Boston: Addison-Wesley, 2012, p. 102-103.

<sup>4</sup> Tradução livre: A maioria dos exemplos de propriedade que discutimos até aqui neste livro são o que os economistas chamam de bens privados. Bens que economistas descrevem como puramente privados têm como característica que o uso por uma pessoa exclui o de outra. Por exemplo, quando alguém come uma maçã, outra não pode comê-la; um par de calças pode ser usada somente por uma pessoa a cada vez; um carro não pode ir simultaneamente para duas direções; e assim por diante. Esses fatos são às vezes resumidos dizendo-se que há rivalidade no consumo de bens privados.

O polo oposto é o bem puramente público, para o qual não há rivalidade na utilização. Um exemplo convencional de bem público é a segurança militar na era nuclear. Ao se disponibilizar proteção a um cidadão em face de ataque nuclear não se diminui a proteção disponibilizada para outros cidadãos.

<sup>5</sup> HOYNES, Hilary. Econ 230A: Public Economics Lecture: Public Goods, Externalities. UC Davis, Winter 2010.

podem ser enquadradas como não excludentes, como o serviço de saneamento básico<sup>6</sup>.

Mais do que isso, como o direito à saúde é, ao fim, custeado por dinheiro público, o consumo de um bem termina por reduzir o erário disponível para o suporte de qualquer outro tratamento de saúde, aguçando a disputa entre as pessoas.

A possibilidade de todo cidadão ter direito a acessar o serviço público de saúde traduz a não exclusividade das atividades desenvolvidas pelo SUS, ou seja, todos devem ter ao dispor as benesses ofertadas<sup>7</sup>.

Nessa multiplicidade de conceitos, grande dilema é a distribuição eficiente dos serviços no âmbito do SUS, na linha do que a doutrina há muito se debruça<sup>8</sup>:

Having explained the private-public distinction in economics and law, we can now relate them to each other. The relationship is very simple: Efficiency requires that private goods should be privately owned and that public goods should be publicly owned.

In other words, efficiency requires that rivalrous and excludable goods should be controlled by individuals or small groups of people, whereas nonrivalrous and nonexcludable goods should be controlled by a large group of people such as the state<sup>9</sup>.

No sistema público brasileiro, além dos critérios estabelecidos pelos gestores, há a figura do Poder Judiciário ordenando a disponibilização de tratamentos de saúde - por vezes bastante custosos - em ações individuais, situação que incrementa a rivalidade, ao diminuir os recursos disponibilizados para a coletividade.

Trazendo o raciocínio para o cotidiano forense, pertinente encerrar o tópico com a ponderação de Rodrigues e Maas<sup>10</sup>:

O problema, assim, é relativo à complexidade dessas ações e suas decisões, pois quando se decide uma ação envolvendo o direito a saúde, está-se

---

<sup>6</sup> Id.

<sup>7</sup> ENAP. *op. cit.*, p. 8

<sup>8</sup> COOTER, ULEN. *op. cit.*, p. 103.

<sup>9</sup> Tradução livre: Após explicarmos a distinção público-privado na economia e no Direito, agora podemos relacioná-los. A relação é bem simples: a eficiência requer que bens privados devem ser particularmente titularizados enquanto bens públicos devem ser coletivamente titularizados.

Noutras palavras, a eficiência requer que rivalidade e bens excludentes devem ser controlados por indivíduos ou grupos pequenos de pessoal, enquanto bens não rivais e não excludentes devem ser controlados por um grande grupo de pessoas como o Estado.

<sup>10</sup> RODRIGUES, Bruna dos Passos; MAAS, Rosana Helena. A Judicialização da Saúde frente à crise da Jurisdição: uma análise crítica dos dados do CNJ referente ao TJRS. Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. P. 15

decidindo sobre a vida de uma ou várias pessoas, por exemplo, no caso envolvendo uma vaga em UTIs, o magistrado praticamente decide pela possível morte da pessoa que foi retirada da unidade, ou seja, nenhum leito vai ser construído, vai-se retirar um paciente em estado grave da UTIs e colocar outro em seu lugar.

Fora isso, a decisão também terá efeitos imediatos no orçamento daquele Município ou do Estado ou da União, conforme a divisão de competências. E, claro, surge um problema da suposta “intromissão” do Poder Judiciário nas atribuições dos demais Poderes, suposta violação do princípio da separação dos Poderes [...].

## 2.1. PROTOCOLOS DE TRATAMENTOS DE SAÚDE PELO SUS

O Sistema Único de Saúde tem a pretensão constitucional de o Estado brasileiro disponibilizar tratamento para todos, conferindo acesso mais amplo e isonômico atingível aos serviços que disponibiliza<sup>11</sup>.

No afã, se organiza tendo como referência princípios materiais constitucionais. Dentre eles, merece destaque inicial o princípio da universalidade, traduzido na possibilidade de todos os cidadãos, indistintamente, terem acesso a atendimento ao SUS.

Para atingir o desiderato, certamente os recursos financeiros do SUS não podem ser direcionados, seja pela Administração, seja pelo Poder Judiciário, a um número restritíssimo de indivíduos, sob pena de se acentuar a exiguidade dos serviços disponibilizados. O cenário geraria recrudescimento de rivalidade, na contramão do desiderato constitucional, que é ultrapassar obstáculos econômicos e geográficos para tornar os serviços acessíveis a muitos.

De igual realce o princípio da integralidade, que revela a intenção de o sistema público prestar serviços de saúde que envolvam desde a prevenção de patologias, passando pelos tratamentos de questões mais singelas e atingindo assistências de maior patamar de especialização e complexidade. O princípio não encerra o dever estatal de dispensar todo tratamento médico existe à totalidade das enfermidades já diagnosticadas, mas sim o intuito de que a rede de atendimento seja tão ampla quanto os recursos financeiros e humanos chancelarem.

---

<sup>11</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Na linha do pensamento de Jorge Munhos de Souza, a visão integralista do SUS afasta uma atuação puramente utilitarista, pois exige cobertura ampla de todos os níveis de complexidade, permitindo a disponibilização de políticas para grupos minoritários, como índios, idosos e transexuais<sup>12</sup>.

De relevo o clássico princípio constitucional da igualdade, que, na óptica do SUS, engloba o dever de não inserir no sistema discriminações desprovidas de fundamento, mas sim o de conferir tratamento semelhante a todos, sob a máxima aristotélica de, conforme acentuada a desigualdade, ampliar-se a qualidade do tratamento ao menos favorecido.

Evidentemente que não se trata de igualdade idealizada, absoluta, mas sim de igualdade de oportunidades, aquela que, na visão de Dworkin, conduz à necessidade de os governos levarem em consideração de todos os cidadãos sob seu domínio, sob pena de perderem legitimidade e não passarem de mera tirania<sup>13</sup> (DWORKIN, 2011, p. 90-98).

Tai valores constitucionais, embora aparentemente simples numa leitura superficial, conjugados são essenciais para a concretização de nosso sistema público, um dos mais ambiciosos e gigantescos projetos de saúde do mundo. De fato:

A Constituição Federal reconhece, em linha com o pensamento mais atual, que a oferta de serviços e produtos médicos por si só não basta para proteger a saúde da população. Com efeito, no art. 196 da Carta Constitucional, está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá “mediante políticas sociais e econômicas [...] e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços” para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Há claro reconhecimento, portanto, de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e a implementação, pelo Estado, de políticas públicas abrangentes, isto é, que vão além da garantia de acesso a serviços e produtos médicos. Isso é reforçado pelo art. 200, que estabelece, de forma não exaustiva, as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo: ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e de saúde do trabalhador (inciso II); ações de saneamento básico (inciso IV); pesquisa (inciso V); controle de qualidade de alimentos e bebidas (inciso VI); e proteção do meio ambiente (VIII)<sup>14</sup>.

Saindo dessas premissas, para ser razoável e equilibrado no longo prazo, o sistema deve se organizar de modo a estabelecer previamente quais as políticas públicas serão

---

<sup>12</sup> SOUZA, Jorge Munhós de . *Diálogo institucional e direito à saúde*. Editora Juspodium, 2013. p. 196.

<sup>13</sup> DWOKIN, Ronald. *A Virtude Soberana*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes 2011. *Levando os Direitos a Sério*. Trad. Nelson Boeira. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 90-98.

<sup>14</sup> FERRAZ, Octávio. VIEIRA, Fabiola. *Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante*. Revista Dados, 2009, v. 52, n. 1, p. 224-225.

disponibilizadas.

Quanto ao fornecimento de medicamentos e demais insumos, os princípios são materializados na estipulação prévia de quais itens serão ofertados gratuitamente aos usuários, atualizando-se continuamente o rol para a inserção de novas tecnologias e exclusão das que estão defasadas ou que, por algum outro motivo, não se mostram mais necessárias.

O sistema brasileiro, desde muito antes de se tornar universal, circunscreve os tratamentos disponibilizados em listas:

O Brasil elabora listas oficiais de medicamentos desde 1964, antes mesmo da recomendação e da publicação da lista modelo de medicamentos feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. Inicialmente, as atualizações foram realizadas pela Central de Medicamentos (Ceme), que a partir da versão elaborada em 1975 passa a receber a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

A Política Nacional de Medicamentos regulamentada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, primeiro documento norteador para a Assistência Farmacêutica e política de medicamentos publicado pós-criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu entre suas diretrizes e prioridades a adoção e a revisão permanente da Rename, considerando-a como ferramenta imprescindível para a promoção do uso racional de medicamentos.

[...]

Após um período de descontinuidade na atualização da Rename, o processo foi retomado de forma sistemática pelo Ministério da Saúde em 2005, com a criação da Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da Rename (Comare), a qual, sob a coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), passa a revisar e publicar a RENAME a partir de sua quinta edição em 2006<sup>15</sup>.

Para tanto, a Lei 8.080/1990 disciplina a elaboração de protocolos e de relações de medicamentos que serão disponibilizados pelo SUS<sup>16</sup>. A essência da lei é, através da relação, realizar justiça distributiva, concentrando a escolha drástica acerca do que vai - e, por decorrência, do que não vai - ser distribuído aos usuários, conferindo idêntico tratamento àqueles que padecem da mesma patologia em idêntico estágio.

---

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME. 9. ed. Brasília, 2014. p. 7-8

<sup>16</sup> Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

A escolha dos tratamentos que serão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e disponibilizados pelo SUS é regulamentada pelo Decreto 7.508/2011. Trata-se de política pública definida principalmente a partir da avaliação dos insumos de saúde por sua segurança, eficácia e custo-efetividade para as fases da patologia ou ao agravo à saúde. A incorporação, alteração e exclusão da tecnologia sanitária são de atribuição do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Não se pode ignorar que, em decorrência da regionalização e da hierarquização, estados, municípios e o Distrito Federal também elaboram listas de medicamentos adicionais que disponibilizarão. Os planos regionais e municipais comumente adotam políticas diferentes para dispensar medicamentos.

Essa outra faceta principiológica constitucional termina por trazer desigualdades, pois brasileiros recebem tratamentos melhores ou piores do mesmo sistema, a depender do local em que buscam assistência, em claro contrassenso ao espírito constitucional de tratamento igualitário.

## 2.2. JURISDIÇÃO E ACIRRAMENTO DA RIVALIDADE NO SUS

A judicialização de pedidos buscando seja determinado aos entes do SUS fornecerem medicamentos não padronizados cresceu exponencialmente nos últimos vinte anos.

A título de exemplo, a manifestação da AGU no RE 566.471, ilustrando dispêndios do Ministério da Saúde<sup>17</sup>:

Nota-se que de 2010 a 2015 houve um aumento de 727% nos gastos com a judicialização. Segundo dados apresentados pela Coordenação de Compras do Ministério da Saúde, foram gastos mais de 959 milhões de reais, no ano de 2015, apenas para atender às demandas judiciais dos vinte medicamentos de

---

<sup>17</sup> Outro exemplo também trazido no julgamento do RE 566.471, consignado no voto do Ministro Gilmar Mendes, que, a despeito de se restringir à situação vivenciada pelo Município de Tubarão/SC, é bem informativa acerca das consequências do cumprimento de ordens judiciais determinando o fornecimento de medicamentos: “Petição Município de Tubarão requerendo admissão: O Município de Tubarão requer a admissão no processo como interessado. Alega possuir menos de cem mil habitantes e 1.120 ações judiciais relativas ao fornecimento de medicamentos, das quais cerca de 600 já foram atendidas pela Secretaria de Saúde. Ressalta que, em 2011, o gasto com a farmácia básica para o atendimento de toda a população foi de R\$ 971.087,35 enquanto a despesa com o cumprimento de decisões judiciais chegou a R\$ 975.178,53. Notícia que, ante a gravidade da questão, editou a Lei nº 3.740/2012, com o intuito de reduzir o número de ações judiciais. Aponta, ainda, a ocorrência de desrespeito aos requisitos legais no deferimento de tutelas antecipadas. Apresenta documentos.”

maior impacto orçamentário, que não fazem parte das listas do SUS. Gastos com o fornecimento dos vinte medicamentos mais pedidos (ano-base: 2015): R\$ 959.785.237, 40 (novecentos e cinquenta e nove milhões, setecentos e oitenta e cinco mil, duzentos e trinta e sete reais e quarenta centavos).

Importante salientar que tais valores foram destinados ao atendimento de demandas individuais, o que denota um total desequilíbrio na distribuição dos recursos quando o atendimento ocorre pela via judicial. A título de exemplificação, os quase 370 milhões de reais gastos na compra do medicamento Eculizumabe (tabela acima) beneficiaram apenas 281 pacientes.

O cotidiano do Judiciário permeia prestações de saúde das mais diversas naturezas, envolvendo todos os entes da federação, que deságua na realocação de recursos do SUS. Tais ações invariavelmente trazem casos concretos carregados por sofrimentos pessoais, e, por vezes, podem resultar em cura ou em melhoria da qualidade de vida do cidadão. Com efeito:

“A litigância em assistência à saúde é resultado principalmente de demandas individuais que exigem o fornecimento de medicamentos não inclusos na política farmacêutica ou cuja dispensação não esteja contemplada na política. As cortes brasileiras, na grande parte dos casos, decidem em favor dos demandantes reconhecendo que o direito à saúde é um direito individual que lhes garante o acesso a qualquer tratamento prescrito por um médico, ainda que as evidências de segurança, efetividade ou de custo-benefício do tratamento não recomendem sua dispensação. O direito individual à saúde que afasta as prioridades públicas definidas pelas autoridades de saúde, como são interpretadas pela maioria dos juízes no Brasil, é incompatível com a ideia de um sistema público de saúde como um bem comum que deve ser justa e eficientemente distribuído a todos que dele necessitam”<sup>18</sup>.

No Brasil, a judicialização carrega uma peculiaridade adicional que adensa a rivalidade no sistema público de saúde. A massiva maioria das ações tratam exclusivamente de questões individuais. Processos individuais acentuam as desigualdades, afinal somente seu autor tem potencial para melhorar sua situação, enquanto uma sentença coletiva é, ao menos em tese, apta a colocar todos em idêntica situação numa situação mais vantajosa. Conforme consignou o Ministro Gilmar Mendes no RE 566471 / RN:

A cultura das pretensões coletivas seria um verdadeiro estímulo ao diálogo institucional e à preservação da isonomia e do atendimento dos titulares de direitos em iguais condições. Todavia, no âmbito do direito à saúde, ainda há flagrante preferência na propositura de ações individuais. Em estudo que pesquisou demandas envolvendo direito à saúde e à educação em cinco Estados brasileiros, além da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do

---

<sup>18</sup> WANG, Daniel Wei L. Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and the Institutional Responses. *Human Rights Law Review*, 2015, vol. 4, disponível em: 10.1093/hrlr/ngv025.

Superior Tribunal de Justiça, foi constatado que 96% dos litígios referiam-se à saúde, enquanto apenas 4% versavam sobre direito à educação. Destes, somente 2% dos casos de direito à saúde eram ações coletivas, ao passo que 81% dos casos relativos a direito à educação eram reclamações coletivas.

Idêntica conclusão foi obtida por levantamento realizado pelo CNJ em 2019, aferindo-se que apenas 2,35% dos casos de judicialização de pretensões envolvendo saúde pública se deram em processo de natureza formalmente coletiva, “bom indicativo do baixo número de ações coletivas no número de ações que compõem o banco de dados”<sup>19</sup>.

O mesmo estudo ressaltou que boa parte dessas ações formalmente coletivas veiculavam, na verdade, pretensões individuais, tal qual ações civis públicas manejadas pelo Ministério Público para assegurar tratamento de saúde específico para cidadão, sobressaindo que o percentual de processos verdadeiramente metaindividuais é ainda muito menor do que o inicialmente aferido<sup>20</sup>.

A concentração das demandas em questões individuais é fenômeno comumente verificado nos países da América do Sul, em que a estrutura administrativa e, notadamente, a judicial, estimula amplamente a satisfação de pretensões individuais, ao mesmo tempo em que impõe severos embaraços a processos metaindividuais.

A recorrente prolação de ordens judiciais individuais aquece a disputa pelos recursos do sistema público de saúde, além de causar desordem na gestão e, especialmente, ensejar ineficiência alocativa, pois “as compras para cumprir decisões judiciais se dão em pequena escala, sem o benefício das compras de atacado”, e tornar mais incisiva a seletividade do sistema, afinal “as soluções providas em decisões judiciais beneficiam apenas as partes na ação, sem que sejam universalizadas”<sup>21</sup>.

Os dois últimos pontos, consequências marcantes das decisões da tutela individual ao direito à saúde, são aspectos muito importantes para este escrito.

A ineficiência alocativa faz com que as verbas da saúde pública sejam despendidas de modo inadequado, pois menos é feito com mais. Gastar muito e mal com poucos

---

<sup>19</sup> CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da Saúde: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução. Brasília: INSPER, 2019. p. 132.

<sup>20</sup> *Idem.* p. 134.

<sup>21</sup> MENDONÇA. Eduardo. Remédio ineficaz: a judicialização desordenada das políticas de saúde.

usuários do sistema endurece a disputa pelos recursos remanescentes, fazendo com que, a partir do agravamento da rivalidade, menos usuário tenham seus direitos à saúde satisfeitos, na contramão da concepção do SUS, que é exatamente movimentar o erário para alentar a saúde do maior número de cidadãos possível.

A seletividade guarda muita proximidade com a ineficiência alocativa, sendo fenômeno paralelo. Cidadãos informados sobre a possibilidade jurídica de se obter judicialmente tratamento não previsto pelo gestor do SUS atingem situação mais favorável do que a dos desinformados que padecem do mesmo agravo fisiológico, sendo o Judiciário protagonista na entrega desse privilégio<sup>22</sup>. Como visto, a falha seria abrandada caso a cultura do processo coletivo fosse forte.

A conjugação das duas profundas imperfeições é bem ilustrada pela “perturbadora coexistência entre a notória precariedade da rede pública de saúde e tratamentos milionários custeados por determinação judicial”<sup>23</sup>. As reiteradas decisões judiciais interferem amplamente na atuação da Administração sem avaliar questões técnicas de alta complexidade relacionadas à compra e disponibilização dos medicamentos, reiteradamente deixando de lado a análise do custo-efetividade.

A estrutura de incentivos para o aforamento de ações individuais é amplamente difundida no cotidiano forense, sendo facilmente perceptível pelos que militam na área. A propósito, sintetiza Carvalho<sup>24</sup>:

Por todo o quadro acima exposto, são expressivos os incentivos para que um indivíduo recorra ao Judiciário em busca de uma prestação em saúde. É a única via para acesso a prestações que a Administração não fornece por meio do SUS; em razão da jurisprudência dominante, a probabilidade de êxito é bastante elevada; os custos advocatícios ou de antecipação de despesas podem ser nulos; e ainda que a sua demanda não seja acolhida, o autor em muitos casos não arcará com nenhum custo sucumbencial.

Em arremate, há ainda o elemento humano que impregna a judicialização da saúde. Evidentemente todo processo de tal natureza é carregado de forte dose sentimental. A

---

<sup>22</sup> BARROSO, Luis 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, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. p. 47.

<sup>23</sup> MENDONÇA, Eduardo. *op.cit.*

<sup>24</sup> CARVALHO, Victor Aguiar de. A judicialização da saúde sob o olhar da análise econômica do direito: um exame dos incentivos ao ajuizamento e à solução extrajudicial de conflitos. *Revista Brasileira Política Públicas*. Brasília, DF, v. 8, nº 3, 2018 p. 307-326. p. 315.

tendência de empatia do julgador termina por ser outro elemento para estimular o ajuizamento das ações individuais, emoção que não costuma aflorar em relação ao escasseamento de recursos para a coletividade anônima<sup>25</sup>:

Courts (in most cases) know the individual patient litigating for treatment. Courts will know her name, history, personal problems and occasionally her face. On the other hand, Courts have no capacity to gather a much broader range of information about the health needs of those anonymous citizens whose health care may suffer because resources were diverted to comply with a judicial decision. Courts know who wins, but cannot identify who loses<sup>26</sup>.

Por outro lado, é inegável que a gestão do SUS carrega imbricados defeitos e, ainda que inexistisse qualquer decisão judicial determinando o fornecimento de tratamentos de saúde não listados, conviveriam incontáveis usuários com pretensões essenciais não atendidas.

Mais do que isso, gestores menos habilidosos tendem a não buscar o aprimoramento do sistema de tratamentos raros complexos, preferindo aguardar as decisões judiciais para cumpri-las. Contudo, decisões judiciais herméticas, centradas puramente na força normativa da Constituição, menosprezando as demais características intrincadas do cumprimento da ordem, ao cabo, invariavelmente contribuem para a disfuncionalidade do sistema<sup>27</sup>:

Where health care resources are scarce, decisions based on effectiveness alone do not maximize health benefits for a population and can result in inefficiency and inequity<sup>28</sup>.

Para compreender como a jurisprudência brasileira da matéria está sendo formatada e transformada no Brasil, pertinente a análise da construção de julgamentos recentes pelo Supremo Tribunal Federal. Além do fato de os julgamentos do Pretório Excelso reiteradamente mostrarem-se profundamente fundamentados, veiculando argumentos de todas as áreas, inclusive metajurídicos, os precedentes em repercussão geral devem ser observados

---

<sup>25</sup> Wang, Daniel W. L. (2013) Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court. *Health Economics, Policy and Law*, 8 (1). pp. 75-93. Cambridge University Press, 2012. p.87.

<sup>26</sup> Tradução livre: Os tribunais (na maioria dos casos) conhecem o indivíduo que litiga para obter um tratamento. Os tribunais saberão seu nome, história, problemas pessoais e ocasionalmente seu rosto. Por outro lado, tribunais não têm a capacidade de obter um leque grande de informações sobre as necessidades de saúde dos cidadãos anônimos cujo tratamento de saúde pode ser prejudicado porque recursos foram direcionados para o cumprimento de uma decisão judicial. Os tribunais sabem quem vence, mas não conseguem identificar quem perde.

<sup>27</sup> MAYNARD, Alan. BLOOR, Karen. Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals. *Health Affairs*. 2003, V. 22, n. 31. p. 31.

<sup>28</sup> Tradução livre: Onde recursos para a saúde são escassos decisões embasadas somente em efetividade não maximizam benefícios sanitários para a população e podem resultar em ineficiência e iniquidade.

pelos juízes e demais tribunais brasileiros.

No próximo tópico será feito estudo de caso de dois precedentes recentes do STF em matéria de saúde, um deles com acórdão já proferido e outro em vias de ser julgado. A intenção primária será apurar se a possibilidade do acirramento da rivalidade - como consequência da aplicação do raciocínio jurídico em formação - é levada em consideração pelos ministros na fundamentação de seus votos.

### **3. OS RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS 566.471 E 657.718**

Os dois casos foram escolhidos para o estudo em razão de suas peculiaridades extremamente relacionadas com o raciocínio anteriormente desenvolvidos. Em ambos, o STF se debruça sobre casos concretos envolvendo fornecimento de tratamentos de saúde não contemplados pelo SUS, e os fundamentos abstratos influenciarão o julgamento da imensidão de casos semelhantes Brasil afora.

Além disso, as duas hipóteses versam sobre o fornecimento de itens de saúde não contemplados em lista e, principalmente, são os dois julgamentos emblemáticos mais recentes sobre a questão, sendo indicativos do direcionamento dos litígios individuais de saúde para a próxima década.

O Recurso Extraordinário 657.718 já foi julgado e teve acórdão publicado, tendo relatoria original do ministro Marco Aurélio, ora aposentado, e como relator sucessor para acórdão o ministro Luís Roberto Barroso. Ainda não ocorreu trânsito em julgado.

Nele, a corte julgou a constitucionalidade de o Judiciário ordenar ao Estado o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA. O acórdão do tribunal de origem (Tribunal de Justiça de Minas Gerais), objeto do recurso extraordinário, foi assim ementado:

SUS FORNECIMENTO PELO ESTADO DE MEDICAMENTO IMPORTADO AUSÊNCIA DE REGISTRO NA ANVISA IMPOSSIBILIDADE. Não se recomenda o deferimento de pedido de medicamentos não aprovados na ANVISA Conclusão aprovada por maioria no 1º Curso do Fórum Permanente de Direito à Saúde, realizado no dia 9 de agosto de 2010 neste Tribunal. Se o medicamento indicado pelo médico do agravante não possui registro na ANVISA, não há como exigir que o Estado o forneça, já que proibida a sua comercialização.

Realizado o julgamento, o STF decidiu, por maioria, que de regra é inviável

ao Poder Judiciário determinar ao sistema público de saúde o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA, excetuando os casos em que há mora irrazoável na apreciação do pedido de registro pela agência pública.

Indo adiante, foi decidido que medicamentos experimentais, sem comprovação da eficiência e em fase de pesquisas não podem, sob qualquer hipótese, ser objeto de ordem judicial de entrega pelo SUS:

DIREITO CONSTITUCIONAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. MEDICAMENTOS NÃO REGISTRADOS NA ANVISA. IMPOSSIBILIDADE DE DISPENSAÇÃO POR DECISÃO JUDICIAL, SALVO MORA IRRAZOÁVEL NA APRECIÇÃO DO PEDIDO DE REGISTRO.[...]4. Provimento parcial do recurso extraordinário, apenas para a afirmação, em repercussão geral, da seguinte tese: “1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido de registro (prazo superior ao previsto na Lei nº 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; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União”.

Já o Recurso Extraordinário 566.471, proveniente do Rio Grande do Norte, embora tenha aportado anteriormente no STF, ainda não foi julgado. Tal qual o outro caso, a relatoria originária foi conferida ao ora aposentado ministro Marco Aurélio.

Nele, a corte julgará a constitucionalidade de o Poder Judiciário determinar o fornecimento pelo Estado de medicamentos de alto custo não previstos nas relações públicas de medicamentos. O acórdão do tribunal de origem (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte), que ensejou o recurso extraordinário, teve a síntese do caso assim ementada:

CONSTITUCIONAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TUTELA ANTECIPADA. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA. LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO. TRANSFERÊNCIA PARA O MÉRITO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO. RECUSA DO ESTADO EM FORNECÊ-LO. IMPOSSIBILIDADE. AFRONTA A DIREITOS ASSEGURADOS PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. OBRIGAÇÃO DO ESTADO APELANTE EM PROMOVER O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO IMPRESCINDÍVEL AO

## TRATAMENTO DE SAÚDE DA APELADA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA DE 1º GRAU. PRECEDENTES DESTA EGRÉGIA CORTE. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

Malgrado o julgamento ainda não tenha ido a plenário, as versões iniciais de votos de alguns ministros foram obtidas por portais jurídicos, sendo significativa a análise de seus conteúdos para, antecipadamente, apurar o possível caminho argumentativo trilhado.

O estudo terá como foco sublimar se o agravamento da rivalidade foi considera na fundamentação dos ministros, deixando-se de lado críticas aprofundadas acerca das conclusões dos votos.

### 3.1. OS VOTOS DO MINISTRO MARCO AURÉLIO

O ministro Marco Aurélio foi sorteado relator originário nos dois recursos extraordinários. A distribuição para o mesmo ministro se deu de forma aleatória, pois não há conexão reconhecida entre os processos.

Como é a praxe no tribunal, o relator apresentou votos escritos. Comparados com os votos de alguns dos outros ministros, os do relator foram bastante concisos e, antecipadamente, deixaram em segundo plano os efeitos do julgamento sobre o aumento da disputa entre os tratamentos disponibilizados pelo SUS.

No RE 657.718, que versa sobre medicamentos não registrados na ANVISA, o voto nada dispôs acerca da rivalidade, dedicando somente uma passagem acerca do impacto econômico do pronunciamento.

Na particularidade, o ministro reconheceu a inconstitucionalidade de se determinar ao Estado o fornecimento de tratamento não registrado. Articulou que autorizar o Judiciário a fazê-lo traria o risco de prejudicar a saúde do paciente, afinal “concluir de forma contrária é cancelar experimentos laboratoriais, terapêuticos, de benefícios clínicos e custos de tratamento incontroláveis pelas autoridades públicas”. Finalizou trazendo que isso, em última análise, seria “autorizar o experimentalismo farmacêutico às expensas da sociedade, que financia a saúde pública por meio de impostos e contribuições”.

Já o voto do ministro no RE 566.471, acerca do fornecimento de medicamentos de alto custo pelo Estado, terminou com o raciocínio central atrelando-se

precipualemente à dogmática jurídica e expressamente menosprezando os impactos econômicos da decisão como algo relevante para seu resultado.

De partida, o ministro assinala que sempre manteve “óptica linear” em controvérsias dessa natureza, pois “o Estado deve assumir as funções que lhe são próprias, sendo certo, ainda, que problemas orçamentários não podem obstaculizar o implemento do que previsto constitucionalmente”, consignando que a finitude do erário não é argumento hábil para se negar o fornecimento de tratamento custoso não listado pelo sistema público de saúde.

Continuou afirmando não ter motivos para mudar sua interpretação, invocando o princípio da máxima efetividade dos direitos sociais, inclusive o direito à saúde. Na linha, trouxe ponderação que sintetiza seu modo de ver acerca da perspectiva econômica:

Verificada transgressão ao mínimo existencial, o direito individual à saúde revela-se imponderável frente aos mais relevantes argumentos de ordem administrativa, como o do comprometimento de políticas de universalização da prestação aos demais cidadãos e de investimentos em outras áreas.

Assim dizendo, para o ministro, o argumento econômico e o comprometimento de outras atividades estatais são argumentos que nunca devem prevalecer quando o cidadão postula o fornecimento de um medicamento, ainda que não previsto na correspondente política pública. Nada obstante, ao contrário de alguns de seus pares, não tratou da rivalidade, afinal sequer cogitou que a destinação de um medicamento não concebido tem potencial para prejudicar o tratamento de saúde de outros usuários do sistema - afinal a fonte de recursos é exatamente a mesma -, dotados dos mesmos direitos e igualmente merecedores de respeito e consideração.

Finalmente, o ministro propõe como tese a ser fixada em sede de repercussão geral que o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em política pública “depende da comprovação da imprescindibilidade - adequação e necessidade -, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo”.

### 3.2. O VOTO DO MINISTRO ALEXANDRE DE MORAES

O voto do Ministro Alexandre de Moraes no RE 566.471, pendente de julgamento, ainda não teve publicidade. É bem possível, inclusive, que o ministro o faça

somente oralmente durante a sessão, tal qual levou a efeito quando do julgamento do RE 657.718.

No RE 657.718, ao julgar acerca do fornecimento pelo SUS de medicamentos não registrados na ANVISA, Moraes apresentou argumentos interessantes para a linha de pesquisa deste artigo.

Proferindo seu voto, o ministro, após a contextualização necessária, articulou que não lhe parece viável extrair da disciplina constitucional do SUS mandamento inequívoco impondo ao sistema o provimento gratuito de todos os tratamentos desejados pelos indivíduos em qualquer situação, complementando que o arrazoado não afasta a relevância do direito fundamental à saúde.

O argumento de que o direito fundamental à saúde, segundo o ministro, não conduz ao mandamento da prestação irrestrita de tratamentos, afinal a mesma Constituição que consigna o acesso ao SUS prevê que tal acesso é universal e igualitário. Aqui, tangenciando o aprofundamento da rivalidade que o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA incutiria ao sistema, complementa que o acesso de todos os cidadãos, em idêntica medida às prestações de saúde não é algo etéreo, mas disposição concreta e necessária para que o preceito constitucional do art. 196 seja efetivamente implementado.

Na continuidade, o voto oral do ministro Moraes terminou por ser um dos que mais avançou sobre os impactos que o reconhecimento do direito subjetivo teria na disputa entre cidadãos pelos serviços disponibilizados no SUS.

De fato, o ministro enfatizou que a decisão a ser tomada não se tratava de um mero caso em que cidadão pleiteava algo do Estado. O STF, na perspectiva difusa do julgamento, tinha como questão central validar constitucionalmente as opções do poder público de estipular coletivamente “o direito à saúde mediante políticas públicas estudadas, planejadas e fixadas em critérios razoáveis”.

Caso o tribunal reconhecesse um direito completamente exterior ao planejamento do gestor do sistema, teria de aferir se a destinação individual do tratamento não prejudicaria o coletivo, pois o dinheiro para o custeio vinha do orçamento global da saúde e estaria sendo retirado da aquisição de outros medicamentos planejados para serem disponibilizados em política ampla. Para o ministro, este é o cerne da questão:

Mas, para cada liminar, para cada decisão concedida, esses valores são retirados do planejamento das políticas públicas destinadas a toda a coletividade. O sopesamento disso é muito importante, sob pena, com o aumento, de não termos uma universalidade, mas uma seletividade.

Aqueles que obtêm a possibilidade de um provimento jurisdicional, de um acompanhamento jurisdicional por parte do advogado, acabam tendo preferência em relação a toda uma política pública planejada, até porque - e fiz questão também de salientar - as decisões judiciais, em matéria de medicamentos, de saúde, são cumpridas com orçamento destinado à saúde.

Em outras palavras, o montante determinado judicialmente a poucos indivíduos, por mais importantes que sejam as questões, é retirado do orçamento destinado a milhões de pessoas que dependem do SUS.

[...]

A Constituição estabelece essa vinculação da atuação estatal à estrita observância da lei orçamentária. Para cada decisão judicial em relação à saúde individualmente, o montante a ser destinado será retirado da própria saúde. Em algum lugar faltará.

Após falar sobre o aumento exponencial dos gastos com o cumprimento de decisões judiciais no campo da saúde pública, enfatizou, de modo mais direto do que o feito anteriormente, que o orçamento da saúde não aumentará em razão das decisões judiciais, mas sim “o orçamento para o planejamento global é que irá diminuir, o que vem acontecendo sensivelmente nos últimos anos”, circunstância que evidentemente agravará a luta dos cidadãos em geral por bem escassos.

Finalizando seu longo pronunciamento, o ministro votou pelo não provimento do recurso no caso concreto e, na perspectiva coletiva, ser inconstitucional que o Judiciário ordene ao sistema público de saúde o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA.

### 3.3. O VOTO DO MINISTRO FACHIN

Tal qual o ministro Moraes, o voto do ministro Fachin no RE 566.471, pendente de julgamento, também não teve publicidade.

Já seu voto no RE 657.718, apreciando o fornecimento pelo SUS de medicamentos não registrados na ANVISA, tangenciou sutilmente a rivalidade.

Naquele julgamento, o ministro Fachin dispôs longamente acerca do direito à saúde na Constituição e no plano internacional, concentrando esforços em focar o fornecimento de medicamentos como componente do mínimo existencial. Em seu extenso voto de 31 laudas, também se dedicou a apreciar a sistemática de funcionamento do SUS e, em apertadas passagens, contrastou o reflexo do pronunciamento judicial na disputa pelos insumos

disponibilizados pelo sistema de saúde.

Relacionando que, numa perspectiva argumentativa possível, todo cidadão tem o direito de invocar para si o acesso à melhor saúde, e, atento à linha de pensamento de Dworkin, afirmou que essa proposta teria a virtude de “levar o direito à saúde a sério, na medida em que permite às pessoas formular suas demandas éticas à luz do Direito; de outro, ela adverte que o papel do Estado não é um simples ‘sim ou não’ à demanda que lhe foi apresentada”.

A partir daí, na trilha da rivalidade, o ministro lembrou que o papel do Estado vai além de implementar apenas o mínimo, também sendo seu dever equacionar a distribuição de bens, assegurando a participação das pessoas no processo de alocação de recursos, pois cada um teria visão particular acerca da própria distribuição.

Note-se que as decisões alocatórias, no modo de ver do ministro, seria engenhosa ferramenta com participação popular para atenuar as mazelas da rivalidade. O teor do voto, em essência, não ignora a escassez de recursos, tampouco que alguns cidadãos terão suas pretensões atendidas e outros não por conta da finitude do SUS, complementando que a reserva do possível definiria o limite de adjudicação por cada qual, arrematando de modo hermético:

Vê-se, assim, que o direito à saúde é integrado por um “mínimo existencial” e – para as demais demandas que dele possam emergir – pela participação no processo alocativo. Essa definição implica afastar a tradicional visão de que os direitos sociais, o direito à saúde particularmente, são direitos de segunda geração ou são direitos que não podem ser garantidos por um provimento judicial. Há que advertir, por fim, que a cláusula da reserva do possível, que tem origem na jurisprudência alemã e é amplamente reconhecida na jurisprudência dos Tribunais brasileiros, não constitui, em si, um óbice para realização dos direitos sociais: ela é, em verdade, uma definição do limite da adjudicação. Esse limite, no entanto, não advém da finitude dos recursos do Estado, mas de uma possível sindicabilidade da decisão alocatória.

Ao final, o ministro votou que apenas haveria o dever fornecimento de medicamentos não registrado pela ANVISA de modo excepcional.

O voto do ministro dedicou-se de modo breve nas feições do acirramento da rivalidade, fazendo-o de modo muito intrincado, dificultando a intelecção de seu raciocínio. Contudo, de se reconhecer que, ao contrário de alguns de seus pares, não ignorou a finitude de tratamentos que podem ser disponibilizados pelo SUS, bem assim que a escolha das opções

deve observar procedimento previamente estipulado.

#### 3.4. OS VOTOS DO MINISTRO GILMAR MENDES

No RE 657.718, já julgado, o ministro Gilmar proferiu voto oral, se limitando a fazer breves digressões, acompanhando os votos dos ministros Alexandre de Moraes e Luís Roberto Barroso.

Já o voto do ministro no RE 566.471, pendente de julgamento, foi disponibilizado na internet por portal jurídico<sup>29</sup>. Apesar de ainda não ter sido oficialmente proferido, seu estudo é fértil para inferir se os rumos da jurisprudência no tema serão afetados pelo impacto das decisões judiciais sobre os limites de atuação na saúde pública. Aliás, antecipa-se que, neste voto, o ministro fez constar raciocínios breves, porém interessantes, sobre a temática.

Ao adentrar nas dificuldades dos integrantes do mundo jurídico em apreciar elementos de ciências que lhe são estranhas, o voto traz percuciente citação do constitucionalista lusitano Canotilho:

*Em “toda a sua radicalidade” – enfatiza Canotilho – “a censura de fuzzysmo lançada aos juristas significa basicamente que eles não sabem do que estão a falar quando abordam os complexos problemas dos direitos econômicos, sociais e culturais”. (J. J. Gomes Canotilho, Metodologia “fuzzy” e “camaleões normativos” na problemática actual dos direitos econômicos, sociais e culturais, in Estudos sobre direitos fundamentais, Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 100.)*

Feita a autocrítica institucional e mantendo a coerência dela decorrente, o voto faz referências a elementos trazidos por especialistas em questões econômico-financeiras, iniciando por relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União em 2015, com o objetivo de “identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área de saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar seus efeitos nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde, bem como a situação nos estados”.

Se valendo do relatório produzido pelo Tribunal de Contas da União, o

---

<sup>29</sup> <https://www.conjur.com.br/dl/voto-ministro-gilmar-mendes.pdf>, acesso em 11/12/2022.

ministro grifou as seguintes conclusões da aferição:

Esta também foi a conclusão do relatório do Tribunal de Contas da União: a judicialização de itens não previstos nos protocolos clínicos ou nas relações do SUS – especialmente medicamentos – tem sido responsável pela maior parte dos gastos federais, estaduais e municipais, a partir dos dados repassados pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde, os quais, é claro, podem estar incompletos.

Como se nota, o voto parte das premissas fáticas detectadas pelo TCU para afirmar que, na prática, as decisões judiciais acerca da matéria estão engrandecendo o acirramento no sistema público de saúde. Logo adiante, o pronunciamento também faz referência a elementos fáticos trazidos pela Advocacia-Geral da União de semelhante teor.

Partindo do fático para o direito posto, o voto rememora que o SUS somente atingirá sua aspiração de propiciar acesso universal e igualitário à saúde se for edificado sobre “a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível”. Soma que impor o fornecimento de todo e qualquer tratamento comprometeria a rede pública, prejudicando “ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada”.

No ponto vale a observação de que as camadas da base da pirâmide social são decerto as mais prejudicadas pela massificação da judicialização da saúde e a escassez de recursos que ela gera, exatamente porque os menos abastados de regra sequer conseguem superar as barreiras e ter acesso à jurisdição.

Finalizando, o voto nega provimento ao recurso extraordinário no caso concreto e, na perspectiva difusa, conclui que “no caso do medicamento de alto custo que não conste da lista de medicamentos dispensados, a princípio, não há dever do Estado de fornecê-lo”, excepcionando os casos em que existir “prova documentada da necessidade do paciente; laudo pericial indicando a eficiência do tratamento; inexistência de substituto terapêutico no SUS; incapacidade financeira do paciente”.

O voto do ministro Gilmar Mendes chama atenção porque é bastante incisivo ao partir dos efeitos concretos causados pelo acirramento inerentes às decisões judiciais para, após, reconhecer que esse quadro não é o concebido pela Constituição.

Nem sempre julgamentos terminam por abordar aspectos econômicos

práticos. O voto analisado, valendo-se de elementos técnicos adequadamente apresentados pelo TCU e AGU tem potencial para trazer à Suprema Corte o plano real da maior disputa por insumos no SUS decorrentes da massificação de demandas individuais.

### 3.5. OS VOTOS DO MINISTRO LUÍS ROBERTO BARROSO

No RE 657.718, o ministro apresentou voto escrito. Barroso foi o ministro que mais profundamente apreciou os efeitos da rivalidade para fundamentar seu voto, fazendo ricas digressões acerca da temática.

O voto do ministro no RE 566.471, pendente de julgamento, foi disponibilizado na internet por portal jurídico<sup>30</sup> e, repetindo-se as ressalvas realizadas em relação ao voto do ministro Gilmar Mendes, temos que seu estudo é profícuo para a finalidade deste estudo, na medida em que a abundância argumentativa sobre a rivalidade, caso confirmado o voto informalmente disponibilizado, tende a se repetir.

Iniciando o estudo pelo voto do RE 657.718, na perspectiva econômica o ministro inicia sublinhando o amplo impacto financeiro que a disponibilização de medicamentos sem registro impõem ao sistema público de saúde<sup>31</sup>.

Logo após, o voto faz uma precisa síntese da amplitude que pode tomar o endurecimento da rivalidade em razão do que o STF estava julgando. Estabeleceu, no particular, que os direitos do paciente que pede judicialmente o fornecimento de tratamento de saúde “devem ser sopesados com os direitos à vida e à saúde não apenas dos demais cidadãos (já que os recursos são escassos e a concessão de medicamentos para uma pessoa envolve necessariamente a não concessão para outras)”, bem assim como o do próprio paciente

---

<sup>30</sup> <https://www.conjur.com.br/dl/re-566471-medicamentos-alto-custo.pdf>, acesso em 11/12/2022.

<sup>31</sup> “É claro que a questão dos custos também se coloca neste caso. Afinal, medicamentos sem registro costumam ter valores elevadíssimos, já que muitas vezes devem ser importados e não se sujeitam ao controle de preços que é feito pela Anvisa em relação aos fármacos registrados. Para que se tenha uma ideia, de 2011 a 2013, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo gastou cerca de R\$ 88,5 milhões apenas para atender menos de 700 demandas judiciais por medicamentos não registrados na agência reguladora [1]. O custo médio despendido pelo Estado foi, assim, de quase R\$ 127 mil por pessoa – e isso, muitas vezes, sem que houvesse comprovação científica de que tais compostos eram seguros e eficazes para combater as doenças desses pacientes. E esses números têm crescido exponencialmente. Já em 2014, o Estado de São Paulo destinou R\$ 56,2 milhões para cumprir determinações judiciais de fornecimento de medicamentos importados, sem registro no país. No mesmo ano, o Ministério da Saúde despendeu aproximadamente R\$ 258 milhões para a compra de apenas 11 tipos de remédio não registrados na Anvisa.”

individualmente considerado, afinal, como o caso trata de medicamento que ainda não passou pelos procedimentos de segurança da ANVISA para internalização, ignora-se os malefícios que poderá causar.

Continua que, num contexto de poucos recursos, os dispêndios para a aquisição de medicamentos sem registro “são efetuados em prejuízo do atendimento de outras demandas prioritárias, afetando a própria saúde da população”, complementando adequadamente que, “por vezes, o valor que é utilizado para custear o tratamento de um único paciente poderia ser aplicado para conferir atendimento de saúde a centenas e até milhares de pessoas”, fazendo clara referência às consequências macro do agravamento da disputa por tratamentos causados pela amplitude de ações individuais na matéria.

Ao final, o ministro deu provimento ao recurso extraordinário somente porque, no curso da ação, o medicamento pleiteado foi incorporado ao SUS. Além disso, no seu voto foram estabelecidas as teses que prevaleceram ao final do julgamento - já transcritas acima -, sendo o Barroso designado relator para o acórdão.

Já no voto do RE 566.471, publicizado extraoficialmente, a verve intelectual acerca do acirramento se manteve.

De partida, o ministro assinala que inexistente “sistema de saúde que possa resistir a um modelo em que todos os remédios, independentemente de seu custo e impacto financeiro, devam ser oferecidos pelo Estado a todas as pessoas”, sendo imprescindível a racionalização do acesso judicial à saúde, reconhecendo-se como muito excepcionais as hipóteses em que são dadas ao Judiciário determinar o fornecimento de medicamentos fora da lista.

Logo em seguida, externou raciocínio que, em nosso entender, foi a passagem de todos os votos analisados que melhor sintetizou o que é o acirramento causado pela judicialização da saúde. Em razão dessa qualidade, vale a transcrição integral:

Não se deve cometer o equívoco de supor que a ponderação que se faz nessa matéria envolve o direito à saúde e à vida, de um lado, e a separação de Poderes e regras orçamentárias, de outro lado. Se fosse assim as soluções seriam mais fáceis.

Como os recursos são limitados e precisam ser distribuídos entre fins alternativos, a ponderação termina sendo entre vida e saúde de uns *versus* vida e saúde de outros. A vida e a saúde de quem tem condições de ir a juízo não

têm valor maior do que a dos muitos que são invisíveis para o sistema de justiça.

O reconhecimento elogioso é feito porque o voto foi o mais preciso em humanizar a discussão. De fato, o que mais importa para se ter uma visão consequencial da questão posta é ter em mente que, em último nível, o que está em disputa são as vidas dos usuários do sistema público, sendo iníquo que a vida de um prepondere somente porque teve condições de ir a juízo.

Em continuidade, o ministro segue versando sobre a justiça distributiva na divisão dos recursos sanitários. Ao mesmo tempo em que a saúde é valiosa e que não se pode conferir somente à capacidade de todos os indivíduos custeá-la individualmente, também não se pode impor ao Estado fornecer tudo a todos. Valendo-se das palavras de Ronald Dworkin, tempera que “[n]ão podemos oferecer a todos a assistência médica que os mais ricos dentre nós podem comprar para si”, emergindo a necessidade de critérios para a distribuição de bens e racionalização de sua distribuição.

Encaminhando para a conclusão, novamente o voto grava fundamento inerente ao acirramento de insumos:

O orçamento apresenta-se, em regra, aquém da demanda social por efetivação de direitos, sejam individuais, sejam sociais. De outro, a concretização de direitos sociais de caráter prestacional se dá por meio de um processo gradual que envolve gastos públicos consideráveis.

Assim, em um contexto de escassez de recursos, o Estado deve adotar políticas públicas para a efetivação de tais direitos e eleger critérios para a alocação dos recursos. Deve realizar escolhas trágicas: investir em um determinado medicamento ou tratamento sempre implica deixar de investir em outros. Não é o Judiciário o órgão que tem a legitimação democrática própria para fazer estas escolhas.

Ao final, o voto consigna negativa ao provimento do recurso extraordinário, propondo que a tese a ser firmada carregue um parâmetro procedimental: “a realização de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde tanto para aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, quanto [...], para determinar que os órgãos competentes avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS”.

### 3.6. OS VOTOS DOS DEMAIS MINISTROS

Os demais ministros do STF não tiveram publicizados os votos provisórios no RE 566.471.

Quanto aos votos proferidos no RE 657.718, alguns se restringiram a seguir a divergência aberta pelo revisor. Outros fizeram acréscimos abrevs às considerações anteriormente esposadas acerca da rivalidade.

A ministra Rosa Weber, por exemplo, em longo voto, fez apenas uma referência à escassez de recursos. Digredindo acerca do controle das políticas públicas pela jurisdição, a ministra veiculou preocupação quanto ao “plano da exequibilidade das decisões judiciais nesse campo”, complementando que as restrições orçamentárias e estruturais que recaem sobre o poder público seriam limite à atividade jurisdicional, “[ou] seja, o argumento da reserva do possível, inquestionavelmente, constitui limite à atuação judicial”.

O Ministro Dias Toffoli foi um pouco além. Fazendo referência a argumentos financeiros disponibilizados pela AGU, consignou em seu voto:

Em memorial trazido aos autos pela União, por exemplo, é apontado que o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA por ordem judicial foi responsável pelo dispêndio de mais de 450 milhões de reais no ano de 2015. Liderou essa lista de gastos o medicamento ECULIZUMABE/SOLIRIS, com custo, no mesmo ano, de quase 370 milhões de reais para o atendimento de 281 pacientes. A Advogada-Geral da União sustentou ainda, da tribuna, que o custo por paciente/ano foi de cerca de 1,2 milhões de reais.

Nesse ponto, o ministro foi bastante enfático ao ilustrar, com exemplo concretamente verificado, a disparidade de dispêndios entre cidadãos usuários do SUS, complementando que a não submissão do medicamento pedido judicialmente à previa análise da autoridade sanitária brasileira defluiria em “distorção mercadológica e impor elevadíssimo ônus ao orçamento da saúde no país”.

O ministro Ricardo Lewandowski apresentou voto curto, não traçando qualquer raciocínio acerca da escassez de recursos.

Na mesma linha, o ministro Luiz Fux apresentou voto curto sem acrescentar argumentos de índole econômica, seguindo, ao final, o revisor Luis Roberto Barroso.

Por fim, a ministra Carmem Lúcia igualmente nada acresceu na perspectiva econômica, seguindo o revisor.

#### **4. CONCLUSÃO**

O sistema público de saúde brasileiro é dos mais amplos. A ambição do constituinte foi extremamente grandiosa e os resultados colhidos nas últimas três décadas são perceptíveis. Todos os índices mais relevantes de saúde pública, como expectativa de vida, mortalidade infantil e incidência de doenças evitáveis, foram incrementados de maneira formidável.

A judicialização individual da saúde, plenamente compreensível na perspectiva do usuário que necessita de tratamento, se mostrou, na perspectiva macro, uma realidade com potencial para distorcer a destinação de recursos públicos, criando categorias de cidadãos assistidos e outra de cidadãos desassistidos.

O Supremo Tribunal Federal, ao realizar o controle de constitucionalidade sobre a abrangência que ordens judiciais inerentes ao direito à saúde podem tomar, é ator essencial na definição da abrangência e na destinação dos recursos à saúde, ou seja, na efetividade do sistema.

A exegese da Suprema Corte em formação nos dois julgamentos analisados revelou que, dentre seus fundamentos centrais, encontram-se alguns de natureza econômica. Boa parte dos ministros não se ateu à mera dogmática jurídica e avançou sobre os efeitos que as decisões na temática têm sobre as finanças da saúde pública e, em decorrência, sobre a saúde dos usuários que não estão demandando em juízo.

Com efeito, o menosprezo às consequências amplas das decisões judiciais termina por transformar o Sistema Único de Saúde em não tão único, por desequilibrar as relações de seus usuários. A consideração conferida por parte dos ministros ao acirramento da rivalidade pode ser fundamental para a unificação desses dois mundos de usuários tão desiguais, assegurando a concretização dos desideratos constitucionais.

#### **5. REFERÊNCIAS**

BARROSO, Luis 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, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME*. 9. ed. Brasília, 2014.

CARVALHO, Victor Aguiar de. A judicialização da saúde sob o olhar da análise econômica do direito: um exame dos incentivos ao ajuizamento e à solução extrajudicial de conflitos. *Revista Brasileira Política Públicas*. Brasília, DF, v. 8, nº 3, 2018 p. 307-326.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Judicialização da Saúde: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução*. Brasília: INSPER, 2019.

COOTER, Robert; ULEN, Thomas. *Law and economics*. 6 ed. Boston: Addison-Wesley, 2012.

DWOKIN, Ronald. *A Virtude Soberana*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes 2011. *Levando os Direitos a Sério*. Trad. Nelson Boeira. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ENAP. *Introdução ao Estudo da Economia do Setor Público*. Módulo 3.

FERRAZ, Octávio. VIEIRA, Fabiola. *Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante*. *Revista Dados*, 2009, v. 52, n. 1, p. 224-225.

HOYNES, Hilary. *Econ 230A: Public Economics Lecture: Public Goods, Externalities*. UC Davis, Winter 2010.

MAYNARD, Alan. BLOOR, Karen. *Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals*. *Health Affairs*. 2003, V. 22, n. 31.

MENDONÇA, Eduardo. *Remédio ineficaz: a judicialização desordenada das políticas de saúde*.

RODRIGUES, Bruna dos Passos; MAAS, Rosana Helena. *A Judicialização da Saúde frente à crise da Jurisdição: uma análise crítica dos dados do CNJ referente ao TJRS*. *Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*.

ROBBINS, Lionel. *Um ensaio sobre a natureza e a importância da ciência econômica*. São Paulo: Saraiva, 2012.

SOUZA, Jorge Munhós de . *Diálogo institucional e direito à saúde*. Editora Juspodium, 2013. p. 196.

Wang, Daniel W. L. (2013) *Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court*. *Health Economics, Policy and Law*, 8 (1). pp. 75-93. Cambridge University Press, 2012.

WANG, Daniel Wei L. *Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and the Institutional Responses*. *Human Rights Law Review*, 2015, vol. 4, disponível em: [10.1093/hrlr/ngv025](https://doi.org/10.1093/hrlr/ngv025).

### **Missão**

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo

### **Visão**

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável