

# Judicialização da Saúde: Um Fenômeno a Ser Compreendido

Leonardo Moura Vilela<sup>1</sup>  
Marcella Parpinelli Moliterno<sup>2</sup>  
Alethele de Oliveira Santos<sup>3</sup>



Artigo também disponível pelo  
QR Code ao lado ou *link*  
<https://goo.gl/fcsA8H>

## RESUMO

O presente ensaio trata da judicialização da saúde. Aborda questões relacionadas aos dilemas impostos pelo fenômeno e a importância de que os sistemas sanitário e de justiça conheçam os arranjos e a organização um do outro, por meio dos diálogos institucionais.

**Palavras-chave:** Judicialização da Saúde. Sistema Único de Saúde. Diálogos Institucionais.

---

<sup>1</sup> Médico. Professor. Ex-Deputado Federal por Goiás (2003 a 2015). Atual Secretário Estadual de Saúde de Goiás. Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2018). E-mail para contato: [secretario@saude.go.gov.br](mailto:secretario@saude.go.gov.br)

<sup>2</sup> Advogada. Procuradora do Estado de Goiás. Chefe do Núcleo de Ações Ordinárias da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. E-mail para contato: [marcella.moliterno@gmail.com](mailto:marcella.moliterno@gmail.com)

<sup>3</sup> Advogada. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. E-mail para contato: [alethele.santos@conass.org.br](mailto:alethele.santos@conass.org.br)

## 1. O DIREITO À SAÚDE: REGIME JURÍDICO-CONSTITUCIONAL

A saúde foi consagrada como direito fundamental social exposto, tendo como titular a generalidade da população, somente a partir da Constituição Federal de 1988. Para uma adequada compreensão do conceito do direito à saúde e da sua amplitude, vale apresentar um breve panorama histórico.

Conforme síntese apresentada por Barroso (1), a trajetória da saúde pública nacional passa por um período inicial, no qual a atividade do Estado resumia-se ao combate a doenças epidêmicas e a algumas ações sanitárias, enquanto a saúde curativa ficava reservada aos serviços privados e à caridade. A partir da década de 30 do século XX, ocorre a estruturação de um sistema limitado e público de saúde curativa, estruturado por meio dos Institutos de Previdência, os conhecidos IAP. A abrangência de tais serviços restringia-se, contudo, à categoria profissional vinculada ao respectivo instituto, ou seja, a saúde pública na sua dimensão curativa não era universalizada.

Durante o regime militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e com a unificação dos antigos IAP, manteve-se o caráter restrito de atendimento curativo, na medida em que apenas o trabalhador urbano com carteira assinada era considerado contribuinte e beneficiário, juntamente com seus dependentes, tendo direito ao atendimento da rede pública de saúde. Assim, grande contingente da população brasileira, porque excluída do mercado formal de trabalho, continuava a depender da caridade pública.

Finalmente, com a redemocratização, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização do serviço público de saúde. A Constituição de 1988 consagrou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o qual todos os brasileiros passaram a tornar-se possuidores de igual direito à saúde, independentemente de vinculação ao mercado formal de trabalho. Portanto, o SUS é fruto de um processo de mobilização da sociedade brasileira, também em prol da redemocratização nacional e cujos princípios constitucionais dizem respeito ao bem-estar social.

Além do processo de redemocratização nacional, a proteção do direito à saúde foi também impulsionada pelo incremento da proteção internacional decorrente, sobretudo, da tragédia humanitária representada pelos regimes nazistas e fascistas e pela II Guerra Mundial. Nesse contexto, buscou-se a consolidação da proteção mais efetiva à dignidade da pessoa humana e aos direitos fundamentais.

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira a reconhecer o direito à saúde expressamente como direito fundamental, previsto, de forma genérica, no art. 6º e nos artigos 196 a 200. Na dicção do art. 196 da Constituição, a saúde não é só direito fundamental, mas também um dever do Estado.

No que diz respeito ao conceito de saúde, a Constituição aderiu à concepção internacional estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo assim estabelecido como estado de completo bem-estar físico, mental e social. Trata-se de

alinhamento a uma concepção abrangente do direito à saúde, incluindo as dimensões preventiva e prestacional, além da eminentemente curativa. (2)

Esse conceito de saúde ampliado abrange todos os aspectos capazes de garantir um real, efetivo e desejável estado de saúde, representando a consagração do pensamento internacional predominante, nos termos preconizados pela OMS, bem como dos ideais defendidos pelo chamado movimento sanitário e pela própria sociedade civil. (3)

Machado apresenta quatro conclusões principais obtidas da análise dos dispositivos constitucionais que tratam do direito à saúde. São elas:

- a) adoção de um conceito de direito à saúde ampliado, nos termos preconizados pela OMS;
- b) previsão de criação do Sistema Único de Saúde, consagrando a total reformulação do sistema de saúde então vigente;
- c) atribuição ao Poder Público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) da responsabilidade pela regulação, fiscalização, controle e execução, esta última, juntamente com a iniciativa privada, da saúde em termos amplos;
- d) participação da comunidade e da iniciativa privada na manutenção, desenvolvimento e execução do sistema de saúde. (3)

O constituinte de 1988 consagrou, portanto, o direito à saúde como direito social e fundamental no art. 6º (Capítulo II, Título II) e, no título destinado à ordem social, trouxe uma série de dispositivos (art. 196 a 200) que estabelecem linhas mestras no âmbito nacional, definindo conceitos, princípios, fontes de custeio e estrutura do novo modelo de saúde.

Uma das questões mais complexas, relacionadas à interpretação das normas constitucionais que asseguram o direito fundamental à saúde, diz respeito à determinação do conteúdo que daí pode ser depreendido e exigido. Isso, porque a Constituição traz apenas as diretrizes orientadoras da organização do sistema de saúde, não define um campo de sindicalização da saúde de forma específica. O constituinte delega, portanto, ao Poder Legislativo e à administração pública, a elaboração das normas regulamentadoras.

Ocorre que o direito à saúde é considerado como direito subjetivo e de aplicabilidade imediata, o que viabiliza o direito de ação no caso de inobservância pelo poder público (art. 5º, XXXV). E é justamente a possibilidade de sua tutela jurisdicional que tem gerado o fenômeno conhecido como “judicialização da saúde”, com a multiplicação de demandas em que se pretende assegurar, junto ao Poder Judiciário, o acesso a tratamentos e medicamentos, muitas vezes sem perquirir as vias administrativas.

Assim sendo, é de se ponderar que, judicializado o acesso à ação ou serviço de saúde, cabe ao julgador indagar quanto à existência ou não de políticas públicas, não sendo admitido o desprezo pelas diversas normas regulamentadoras do sistema

de saúde, com a adoção cômoda de suposto direito ilimitado à saúde, que implica no fornecimento de toda e qualquer prestação.

## 2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: INTERVENÇÃO JUDICIAL E EFEITOS INVERSOS

Nos últimos anos, vem sendo discutido, reiteradamente, o direito à saúde e suas formas de efetivá-lo. O art. 196 da Constituição determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegura o acesso universal e igualitário, mas também é expresso ao estabelecer que tal direito deve ser garantido mediante políticas públicas, com prevalência para as ações que visem à redução do risco de doenças e outros agravos.

O SUS é fundamental para a população brasileira e, como visto, uma conquista. Das políticas públicas previstas na Constituição Federal, é a que mais avançou e produziu ganhos sociais, contudo, a execução das ações de saúde exige o enfrentamento de muitos desafios, entre os quais, a organização de serviços, a qualificação do acesso e a incorporação de tecnologias.

Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros, apresenta tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação. Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, gerir um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo é uma atribuição muito complexa.

No enfrentamento diário da complexidade e dos desafios por ele impostos, cabe ao gestor do SUS – que é o ator social que age para garantir o direito à saúde da população e, para tanto, planeja, coordena, é responsabilizado, está submetido aos órgãos de controle e busca a ampliação de recursos – concretizar as chamadas “escolhas alocativas”. (4)

Tal atuação é eivada de peculiaridades, muitas vezes responsáveis pela constante troca dos atores na direção das Secretarias Estaduais de Saúde – elemento de preocupação para qualquer sistema regente de política pública.

Empiricamente, é possível afirmar a existência de muitos fatores que culminam com tal situação, entre eles:

- i. a coalização partidária dos governos;
- ii. o imediatismo, que aliena problemas estruturais;
- iii. as dificuldades orçamentárias e financeiras, que engessam a atuação das pastas sociais;
- iv. a aplicação de penalidades pessoais aos gestores – com sequestro de verbas alimentares e determinação de prisão;
- v. a exposição na mídia e abalo da sua imagem pública e privada. (5)

Tais elementos têm contribuído para que muitos gestores qualificados deixem de assumir a gestão ou, se já a assumiram, pensem em deixá-la, o que reflexamente pode levar ao desinteresse da nova geração em compreender, lutar e gerir a política pública de saúde.

E entenda-se bem, há, nesta ponderação, duas premissas que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o direito social e fundamental à saúde precisa de gestores e técnicos qualificados para a atuação a que se propõe. Além disso, a má-versação devidamente comprovada do erário deve ser penalizada.

É nesse cenário que deve ser analisada a amplitude do direito social à saúde, consideradas a finitude dos recursos materiais existentes, bem como as limitações geradas a partir das interações com os demais direitos fundamentais, regras e princípios da ordem jurídica, sob o fundamento de que há limites e condições para o exercício dos direitos fundamentais.

Visualiza-se, nesse ponto, que as principais críticas quanto à aplicação do direito à saúde com feições absolutistas são encontradas, em especial, nas ações individuais em que se buscam prestações por parte do Estado como verdadeiro direito público subjetivo, ou seja, independentemente de o sistema público de saúde ter-se comprometido a ofertá-las e garanti-las por meio de suas políticas públicas; independentemente de terem cumprido as regras nacionais relativas à segurança dos pacientes; independentemente de transformarem seres humanos em sujeitos de pesquisa sem qualquer respeito à ética.

De acordo com da Silva, tal fato decorre de duas variáveis principais: de um lado, o fato de as políticas públicas implementadas pelos governos nunca terem sido suficientes para satisfazer a imensa demanda da população carente de serviços e, de outro, a ampliação do processo de constitucionalização de temas pela Constituição de 1988, que eram até então vistos como reservados ao campo da política, como a regulação do salário mínimo, a fixação de taxas de juros e a garantia de direitos à saúde, à educação, ao trabalho e à moradia. (6).

A partir dessa constatação, o citado autor identifica as consequências que podem ser percebidas a partir da análise de decisões judiciais e de trabalhos jurídicos, tendo em vista que a implementação de políticas públicas não é matéria afeita aos profissionais do direito, no trecho transcrito a seguir:

O que geralmente ocorre é a simples transposição de uma racionalidade da tradição liberal, baseada quase que exclusivamente em relações bilaterais – normalmente entre um credor e um devedor – para a área dos direitos sociais. Como será demonstrado adiante, um grande número de operadores do direito encaram os desafios suscitados pelos direitos sociais a partir dessa transposição, da seguinte maneira: visto que a constituição garante, por exemplo, um direito à saúde, se uma pessoa não tem acesso a um determinado tratamento médico ou a um determinado medicamento, então é tarefa do Judiciário garantir que essa pessoa receba o tratamento e o medicamento necessários. (6)

Essa transposição parece ocorrer, com mais frequência, nas ações individuais, em que os juízes observam, muitas vezes, tão somente o caso concreto, sem levar em consideração os efeitos que podem decorrer do conjunto de decisões assim consideradas.

É nesse contexto que a doutrina e a jurisprudência vêm suscitando diversas problemáticas quanto à intervenção do Poder Judiciário. O grande temor está relacionado aos excessos que podem ser verificados em algumas decisões, em virtude de inconsistências e da falta de parâmetros seguros e razoáveis de orientação e controle de resultados. Isso, porque uma jurisprudência casuística pode impedir que políticas coletivas, destinadas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas.

A preocupação não é descabida. O aumento da intervenção do Judiciário na alocação de recursos públicos na área da saúde tem sido cada vez mais percebido. Há uma explosão de demandas judiciais nesta área, que se aproximam dos 1,5 milhão de processos (7) e impõem que parte relevante dos orçamentos públicos de saúde das entidades federativas sejam destinados ao cumprimento de decisões judiciais (8), onerando sobremaneira Estados e Municípios (9).

Por um lado, é positiva a constatação de que o Poder Judiciário tem-se mostrado próximo às necessidades reais da população, deixando de atuar majoritariamente nas questões patrimoniais e sucessórias, por outro, há de crer-se que decisões equivocadas, além de conferirem robustez a fraudes, colocando em risco os pacientes (10-11), comprometem políticas públicas importantes, drenam recursos escassos e criam privilégios não universalizáveis.

É justamente por conta dessas decisões extravagantes e emocionais que alguns autores, como Barroso, vislumbram uma judicialização excessiva quanto à política de distribuição de medicamentos, por exemplo. O temor está relacionado ao efeito reverso que essa postura, por parte do Judiciário, pode gerar, na medida em que o sistema já “começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos”.(1)

Tais excessos e inconsistências põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, na medida em que desorganizam a atividade administrativa e obrigam a alocação de recursos (humanos, logísticos, financeiros) de forma não planejada.

Dos debates que envolvem as políticas públicas do SUS, devidamente estabelecidos, sobretudo no âmbito de ações individuais, é importante que o judiciário conheça as organizações administrativas, os serviços/tratamentos e medicamentos ofertados, após a devida análise técnica. Isto, porque o próprio artigo 196 da Constituição Federal associa a garantia do direito à saúde tanto às políticas sociais quanto às econômicas – isto para que o contrato social brasileiro assegure a universalidade das prestações e preserve a isonomia no atendimento aos cidadãos.

Deve-se considerar, também, a questão da desorganização orçamentária e do impacto financeiro, bem como as consequentes realocações que lhes são decorrentes.



Para Helvécio (12), um provimento jurisdicional que ordena o atendimento público de determinada necessidade médica, fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do SUS, ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do poder público, age em desfavor de toda a coletividade, pois atende a necessidades individuais em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema, subvertendo, assim, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir. Trata-se do impacto deslocativo no orçamento, decorrente da imposição de despesas fora das rubricas orçamentárias, acarretando a desorganização administrativa.

As decisões da gestão pública estão amparadas na lei e em parâmetros técnicos, que levam em consideração diversos elementos. No entanto, para além dos impactos deslocativos no orçamento público e dos desarranjos administrativos, o mais relevante, e que não pode ser desconsiderado pelas decisões judiciais, é a segurança do paciente.

Schulze (13) é enfático ao pontuar que as decisões judiciais na área da saúde demandam uma análise de fatores técnicos, geralmente externos à teoria jurídica, mostrando-se imprescindível a utilização de noções médica e farmacológica na análise do processo judicial.

Caso emblemático sobre o tema diz respeito à substância *fosfoetanolamina* que, ao arrepio dos regramentos acerca de pesquisa clínica, de registro de medicamentos e de evidências científicas, teve sua produção e dispensação convertida em lei (Lei n. 13.269, de 13 de abril de 2016) (14). E, sob o fundamento de flagrante desrespeito às exigências assecuratórias da saúde, o STF suspendeu-lhe a eficácia liminarmente na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5501 (15). Em março de 2017, após a submissão da substância aos rigores da pesquisa, foi anunciado ao público que ela não era capaz de produzir benefícios (16). E os recursos públicos gastos? E o custo da atuação dos poderes executivo e judiciário? E os pacientes que abandonaram tratamentos-padrão e foram a óbito? Não há respostas simples para questões complexas.

É nesse sentido que o discurso do Secretário de Saúde do Estado do Amazonas, membro nato do Conass, na Audiência Pública número 4 do Supremo Tribunal Federal (STF), mostra-se de extrema valia, ao pontuar a importância da análise técnica na orientação da atuação do gestor, pautada na medicina baseada em evidências. *In verbis*:

A adoção do princípio da medicina baseada em evidências e seu reflexo nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas talvez seja o principal desafio que se coloca aos gestores do SUS. Trata-se de, respeitando ética e tecnicamente a prescrição médica, recorrer às orientações e evidências existentes na literatura médica atualizada. Respeitar as melhores práticas não pode ser entendido como interferência na prescrição ou na conduta médica. (17)

Na mesma ocasião, o médico oncologista Paulo Hoff utilizou-se das expressões: “medicina baseada em evidências” e “medicina baseada em esperança” (17). A primeira deve ser um dos fundamentos alocativos das políticas públicas de saúde, a

segunda, com muito respeito às prerrogativas individuais e familiares, não pode onerar a sociedade.

O Estado brasileiro optou, expressamente, pela saúde baseada em evidências (art. 19-Q da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Por conta disso, conforme pontuado por Dresch (18), não se pode exigir do poder público o financiamento de ações e serviços de saúde para procedimentos ou medicamentos que não estejam baseados em evidências científicas, de modo que a integralidade no atendimento deve contemplar tratamento condigno de acordo com o atual estágio da ciência médica.

Ressalte-se, ainda, que as decisões judiciais para os casos de tecnologias não incorporadas ao SUS privilegiam o setor produtivo e toda a sua rede de atuação. Tal prática ocasiona a descrença e a subestimação de produtos, insumos e medicamentos que se preocuparam com o custo-efetividade no âmbito de suas pesquisas e produção. Impulsionam que a indústria busque cada vez mais lucro, deixando a produção de itens cientificamente validados e essenciais aos tratamentos e pouco onerosos aos cofres públicos – como o caso da penicilina benzatina e antibióticos antigos (19). Importa a lição de Pulcini, da Universidade de Nancy (França):

Si no se toma ningunas medidas perderemos estos antibióticos excelentes y relativamente baratos que sean necesarios sobre una base diaria tratar infecciones bacterianas comunes por todo el mundo. En Lugar, terminaremos hacia arriba usando los antibióticos menos eficientes, llevando a resultados clínicos peores para los pacientes, y agregando al problema de la resistencia antibiótico. (20)

Sobre o assunto, também é importante trazer uma consideração subjacente relacionada à medicalização, processo que despolitiza os problemas de saúde, ao entendê-los como objetivamente solucionáveis através da intervenção cuidadosa de médicos e de insumos farmacêuticos. Segundo Fleury e Faria, apesar da importância da indústria farmacêutica no papel de salvar e recuperar vidas, sua atuação torna-se duvidosa ao colocar aspectos da vida cotidiana, que costumavam ser resolvidos sem intervenção médica, dentro do paradigma crescente de intervenção profissional e consumo de produtos farmacêuticos. (21)

Há que se falar, por fim, dos impactos provocados por decisões judiciais em favor de tratamentos com medicamentos sem alteração em bula para o tratamento de outras doenças que não as originalmente pesquisadas – as chamadas *off label* – e aqueles que estão em fases de pesquisa. O que, para além dos impactos orçamentários, financeiros e administrativos, de forma clara, não respeita a segurança do paciente, colocando-o como sujeito de pesquisa, fora de ambiente próprio e sem as garantias exigidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Sobre o tema, cabe chamar a atenção para o parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM), exarado em consulta específica:



O parecer sintetiza, em apertadas palavras, que o uso *off label* de material/medicamento ocorre por uma indicação médica pontual e específica, em desconformidade com a bula e **sob risco e responsabilidade do profissional que a indicou**. (grifo nosso). (22)

Há de se considerar que, no fenômeno da judicialização, os debates, mesmo processualmente apresentados como direitos individuais, têm altos impactos nos direitos coletivos. Há, ainda, os debates processualmente apresentados para impactar nos direitos coletivos. Fala-se de ações que discutem a estrutura do sistema público de saúde, de forma a alterá-lo em benefício de categorias profissionais ou de classes economicamente favorecidas. Tal interesse, revelado em processo judicial analisado pela Corte Suprema, não ocorreu na década de 1990 – início da implantação do SUS –, ocorreu em 2015 e ficou conhecido como “Diferença de Classe”. (23)

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto comum que se identifica nos debates acerca da judicialização diz respeito à integralidade no SUS. Os debates buscam, no âmago, responder “como” e “em que medida” o Estado deve fornecer obrigações prestacionais positivas ao indivíduo e à coletividade.

Para essa construção, há que se entender, primeiramente, que a integralidade não significa, em nenhum lugar do mundo, “tudo para todos”. Mas sim, a apresentação de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, cujo objetivo é concretizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, compreendendo todos os níveis de atenção à saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90.

A integralidade está umbilicalmente ligada à descentralização, à regionalização e às redes de atenção à saúde. Também está relacionada ao registro nacional de tecnologias em saúde, às pesquisas clínicas e à incorporação de tecnologias no SUS.

A organização do acesso às ações e serviços de saúde em sistemas públicos universais, seja no Brasil ou em qualquer outro país, está relacionada à compatibilização das necessidades sanitárias da população com os orçamentos limitados, públicos e, no caso brasileiro, insuficientes, a partir de regras racionais, seguras, claras e transparentes.

O gestor público deve aliar a racionalidade, a observância do binômio custo-efetividade, o “não desperdício”, a finitude dos recursos financeiros, o benefício para um número maior de pessoas, dentre outros tantos elementos, para tomar uma ou outra decisão, num país de necessidades tão díspares.

É cediço que o objetivo de todos os poderes é resguardar as conquistas relacionadas à efetivação dos direitos fundamentais e humanos. No entanto, tal zelo requer atuação ponderada, fundamentada e compromissada socialmente, sob pena de submeter pessoas ao risco elevado à saúde e levar políticas públicas ao colapso.

Nesse cenário, a importância da Medicina Baseada em Evidência, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e da distinção entre análise de tecnologias em saúde e sua incorporação – ou não – no SUS, posteriormente, reverberaram na formação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, a CONITEC, regulada por lei.

Outro destaque diz respeito à busca de alternativas pelo Estado, do qual fazem parte Poder Judiciário e o SUS, no sentido de assegurar a sobrevivência e a defesa do sistema de saúde, como uma conquista de todos os cidadãos brasileiros. Para tanto, imprescindível a exigência de efetivação das políticas públicas, respeitando, sempre, a lógica do sistema, seus princípios ou diretrizes.

Em suma, somente o diálogo institucional, como forma de interlocução entre os poderes, permite uma relação construtiva entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, de forma a vislumbrar a resposta judicial como um mecanismo de fortalecimento do sistema de saúde e não de desestruturação.

## REFERÊNCIAS

1. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. p. 12-3. [internet]; [acesso em 13 abr 2018]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>.
2. Sarlet IW, Figueiredo MF. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. p. 8. Revista interesse público. Belo Horizonte: Editora Fórum. 2001;3(1).
3. Machado MV. Direito à saúde no Brasil: dos excessos verificados e da necessidade de estabelecimento de limites às prestações materiais do Estado. p. 41-42. Juiz de Fora, 2010. Dissertação (Mestrado em Teoria do Estado e Direito Constitucional) – Departamento de Direito da PUC-Rio (Minter Puc-Rio/Doctum-JF).
4. Holmes S, Sunstein C. The cost of rights: why liberty depends on taxes. WW Norton & Company: Nova Iorque; 1999.
5. Santos AO, et al. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. Cad Ibero-americanos de Direito Sanitário. 2017;6(sup 1):167-174. [internet]; [acesso em 15 mai 2018]. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/447/508>.
6. da Silva VA. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e o obstáculo à realização dos direitos sociais. In de Souza Neto CP, Sarmento D. Organizadores. Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008. p. 587-599.

7. CNJ. Justiça em números 2017: ano-base 2016/Conselho Nacional de Justiça - Brasília: CNJ; 2017. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros>.
8. Brasil. Revista Isto É. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <https://istoe.com.br/brasil-gasta-r-7-bilhoes-com-acoes-de-justica-na-area-da-saude-diz-gebran-neto/>.
9. Brasil. CNJ. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>.
10. Brasil. Jornal O Globo. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em [1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2016/01/justica-condena-dez-pessoas-por-fraude-em-tratamento-depsoriase.html](http://1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2016/01/justica-condena-dez-pessoas-por-fraude-em-tratamento-depsoriase.html).
11. Brasil. CNJ. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85913-audiencia-expoe-complexidade-em-debate-plural-sobre-judicializacao-da-saude>.
12. Castro SH . Impacto deslocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. In Guerra EM, Castro SH. Coordenadores. Controle Externo. Estudos Temáticos. Belo Horizonte: Fórum; 2012.
13. Schulze CJ. Direito à saúde – novas perspectivas. In Santos L, Terrazas F. Organizadores. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 179.
14. Brasil, Lei N. 13.269 de 13 de abril de 2016. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13269.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13269.htm).
15. Brasil. STF. ADI 5501. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=317011>.
16. Brasil. Jornal Nacional. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/03/medicos-anunciam-resultado-dos-estudos-sobre-pilula-do-cancer.html>.
17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em [http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr.\\_Agnaldo\\_Gomes\\_da\\_Costa\\_\\_Secretario\\_de\\_Estado\\_da\\_Saude\\_do\\_Amazonas\\_.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Agnaldo_Gomes_da_Costa__Secretario_de_Estado_da_Saude_do_Amazonas_.pdf).
18. Dresch RL. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In Santos L, Terrazas F. Organizadores. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 40-43.
19. Brasil. Folha De São Paulo. [internet]; [acesso em mai 2018]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/05/1881791-falta-de-penicilina-afeta-pacientes-no-mundo.shtml>.

20. Espanha. News medical life sciences. [internet]; [acesso em mai 2018]. Disponível em <https://www.news-medical.net/news/20170515/3/Spanish.aspx>.
21. Fleury S, Faria M. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS! In Santos L, Terrazas F. Organizadores. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 107.
22. Brasil. CFM. Prescrição de medicamentos off label e resolução CFM n. 1.982/12. [internet]; [acesso em mai 2018]. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2016/2\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2016/2_2016.pdf).
23. Brasil. STF. Diferença de classe. [internet]; [acesso em mai 2017]. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=305523>.

