

A prestação jurisdicional excessiva como risco ao princípio da universalidade do SUS: pela naturalização do diálogo entre o Direito e a Saúde

JAIRO LUIS JACQUES DA MATTA

Doutorando em Saúde Pública e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Graduado em Ciências Sociais (UFF). Professor e Pesquisador do Grupo Direitos Humanos e Saúde – DIHS (ENSP/Fiocruz).

GABRIEL LIMA MARQUES

Mestre em Direito (UFRJ). Pós-Graduado em Direito e Saúde (ENSP/Fiocruz.)
Bacharel em Direito (UERJ). Advogado.

Artigo recebido em 14/11/2013 e aprovado em 18/05/2014.

SUMÁRIO: 1 *Introdução* • 2 *Apontamentos sobre o princípio da universalidade aplicado ao SUS* • 3 *Da judicialização da política à judicialização da saúde* • 4 *A excessiva prestação jurisdicional, o risco à universalidade e o diálogo como solução* • 5 *Conclusão* • 6 *Referências*.

RESUMO: Diante da complexidade dos problemas que se apresentam hoje, a relação entre o Direito e a Saúde, tradicionalmente vista sob a ótica do Direito Sanitário, demanda uma interação mais profunda. Cogitou-se, assim, nos últimos anos, num novo campo do conhecimento, em que Saúde e Direito abdicuem da lógica cooptativa e atuem de maneira articulada. A positivação da saúde, enquanto direito fundamental universal pelo legislador constituinte, evidencia uma escolha política de substituir o enfoque individualista do passado por uma visão que privilegie a coletividade. Embora o fenômeno da judicialização tenha contribuído para o fortalecimento desse direito, demonstra-se que ele vem pondo em risco essa intenção e argumenta-se que a superação desse panorama passa necessariamente pela naturalização da interlocução entre as esferas do Direito e da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização • Medicamentos • Universalidade • Direito e Saúde.

The excessive provision by courts as risk to the universality of SUS: a defense for the naturalization of dialogue between Law and Health

CONTENTS: 1 Introduction · 2 Brief notes on the universality principle applied to SUS · 3 From the judicialization of policy to judicialization of health · 4 Excessive adjudication, the risk to universality, and dialogue as a solution · 5 Conclusion · 6 References.

ABSTRACT: Due to the complexity of the problems faced today, the relationship between law and health, traditionally seen from the perspective of the Sanitary Law, now demands a deeper interaction. Aiming to overcome this little aggregation, a new field of knowledge, where Health and Law could abdicate the cooptive logic and act in coordination, has arisen. Within this plan, this work assumes that the positivization of health as a universal and fundamental right by the constitutional legislator shows a political choice marked by the attempt to replace the individualistic approach of the past, by a vision that privileges the community. However, despite the contribution of the judicialization to the strengthening of this right, we intend to demonstrate that it is endangering this intention, which leads us to the understanding that the overcoming of this panorama necessarily involves the naturalization of the dialogue between the spheres of Law and Health.

KEYWORDS: Judicialization · Medication · Universality · Law and Health.

La adjudicación excesiva como riesgo al principio de la universalidad del SUS: una defensa de la naturalización del diálogo entre el Derecho y la Salud

CONTENIDO: 1 Introducción • 2 Notas sobre el principio de la universalidad del SUS • 3 De la judicialización de la política a la judicialización de la salud • 4 La adjudicación excesiva, el riesgo a la universalidad, y el diálogo como solución • 5 Conclusión • 6 Referencias.

RESUMEN: Frente a la complejidad de los problemas actuales, la relación entre el Derecho y la Salud, que ha sido vista tradicionalmente bajo la óptica del Derecho Sanitario, requiere una interacción más profunda. Se meditó, en los últimos años, acerca de un nuevo campo de conocimiento en el que, la Salud y el Derecho abdicuen de la lógica apropiativa y actúen en coordinación. La positivación de la salud como un derecho fundamental evidencia una opción política de sustituir el enfoque individualista del pasado por una visión que privilegia la colectividad. Aunque el fenómeno de la judicialización ha contribuido al fortalecimiento de ese derecho, se demuestra que ello pone en peligro esa intención y se argumenta que la superación de esa situación pasa necesariamente por la naturalización del diálogo entre el Derecho y la Salud.

PALABRAS CLAVE: Judicialización • Medicamentos • Universalidad • Derecho y Salud.

1 Introdução

Classicamente, como apontam Vasconcellos e Oliveira (2009, p. 17), as relações entre as disciplinas Direito e Saúde eram compreendidas de forma restrita. Segundo os autores (2009, p. 18), isso ocorreu porque “[...] as questões de saúde sempre se deram no campo de conflitos chamado Direito Sanitário, profundamente enraizado no Direito Administrativo, inserido no Direito Público, e especialmente marcado por uma práxis de polícia sanitária [...]”. Como consequência direta, firmou-se, a partir de então, um entendimento quase oracular entre os estudiosos de que a conexão entre esses dois campos do saber passava necessariamente por um viés tutelar do Direito sobre a Saúde.

Constatada, porém, a incapacidade do Direito Sanitário em tratar com a profundidade e a atenção necessárias as demandas relacionadas à Saúde, percebeu-se que a integração entre os dois ramos do conhecimento exigia uma visão social mais ampla, e, sobretudo, mais construtivista. É claro que “[...] não se quer com isso afastar a utilização do poder de polícia definitivamente, é inegável que, em determinadas circunstâncias, a adoção de medidas restritivas e limitadoras de direitos e de liberdades se faz necessária [...]” (RIBEIRO, 2009, p. 212). Todavia, considera-se urgente que a atuação da polícia administrativa não seja mais entendida enquanto regra, mas como uma das potencialidades da relação entre o Direito e a Saúde, sem contudo esgotá-la.

Inspirada pelos debates na chamada *constituente da saúde*¹, a Carta Política de 5 de outubro de 1988 é o marco teórico da transformação dessa relação comedida entre os campos que se pautam pela busca da *justiça* e de um bem-estar físico, mental e social. Isso porque, após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS pelo legislador constituinte, o Direito Sanitário mostrou-se inoperante frente às aspirações que o gestaram. De acordo com Vasconcellos e Oliveira (2009, p. 27), “[...] a não incorporação do controle social em suas ações, a extrema dificuldade em incorporar as relações saúde-trabalho-ambiente em suas formulações e a recalcitrância em produzir conhecimentos científicos não totalizadores, e tampouco sistêmicos das relações entre o direito e a saúde evidenciam os sinais dessa crise [...]”.

Para superar essa carência, faz-se necessário pensar na configuração do campo Direito e Saúde sob uma ótica necessariamente integradora e intersetorial (SCHÜTZ, 2009, p. 73). Isto é, é imprescindível a construção de uma nova área do conhecimento, em que as disciplinas deixem de se sobrepor e passem a atuar harmonicamente,

1 Atribui-se aqui à 8ª Conferência Nacional de Saúde o marco do movimento de reforma sanitária no Brasil. Suas deliberações influenciaram o tratamento paradigmático dado pelo legislador constituinte à questão da saúde na lei básica de 1988 (FALEIROS; VASCONCELLOS; SENNA DA SILVA; SILVEIRA, 2006, p. 47).

numa relação simbiótica que busca respostas práticas a problemas de natureza essencialmente interdisciplinar. Assim, considerar a confluência de ambas as disciplinas significa obrigatoriamente refletir sobre a “[...] demarcação de um novo campo de desenvolvimento do conhecimento, ou para ser, mais exato, de um campo de interpenetração de suas matrizes epistemológicas na construção de objetos interdisciplinares comuns [...]” (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009, p. 14).

Com efeito, o abeiramento entre as esferas da Saúde e do Direito surge, por assim dizer, como possibilidade concreta de preenchimento das “[...] insuficiências dos poderes constituídos, no sentido de dar materialidade estrutural e comportamental ao que a nova ordem constitucional exige das políticas públicas de saúde [...]” (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009, p. 29), sua condição de bem público e coletivo. Desta feita, não é custoso assumir que “[...] a interseção harmoniosa das duas ciências propiciará um refinamento e uma maior qualificação de seus instrumentais técnico, teórico e de intervenção. Até porque, o novo campo Direito e Saúde trará novas formas de (re) pensar e operar as duas ciências [...]” (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2005, p. 80-81).

Nessa senda, é presumível visualizar a abertura de um sem número de possibilidades. Quer dizer, a partir do inédito cruzamento entre as duas áreas, desponta a alternativa de serem efetuados com maior propriedade “[...] estudos e análises institucionais, avaliações de ações e estruturação de protocolos de acompanhamento e auditoria, detecção de necessidades normatizadoras e regulamentadoras, estabelecimento de mecanismos com as aspirações da sociedade [...]” (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009, p. 29), além, é claro, de tantos outros objetos de interesse e relação direta com a temática em pauta.

Dito isso, menciona-se que este trabalho se encontra no cruzamento dessas duas áreas. Parte-se do suposto de que tanto a elevação da saúde à dignidade de direito social-fundamental por intermédio da Lei Básica de 1988, quanto a constatação de que, consoante à jurisprudência dominante do Supremo Tribunal Federal, sua titularidade abarca, por vezes, um caráter individual; por outras, coletivo, a depender do caso concreto (SARLET, 2011, p. 137), trazem como consequência lógica a necessidade de um aprofundamento e, mesmo ainda, de um aprimoramento das relações entre o Direito e a Saúde. Para dar cumprimento efetivo aos ditames do legislador, superando o fantasma das promessas constitucionais inconsequentes, será papel do Direito, em um verdadeiro processo interativo, acurar seus juízos a partir do conhecimento próprio do campo da Saúde, e à Saúde incumbirá a apropriação dos instrumentos jurídicos para fazer valer seus intentos.

Nesse diapasão, o objetivo do trabalho é o de demonstrar como a deficiência do diálogo entre esses dois campos do saber acaba por gerar um efeito reativamente contrário à própria conquista conduzida pela Magna Carta em vigor. Isto é, objetiva-se demonstrar como a busca pela efetividade da norma fundamental conduzida residualmente pelo Judiciário, com a finalidade de correção das distorções produzidas pelo Legislativo e Executivo, porém, sem a devida participação e contribuição dos atores da Saúde, que possuem conhecimentos específicos, produz situações em que se privilegiam excessivamente recursos financeiros ao atendimento da justiça micro em detrimento da justiça macro, corroendo conseqüentemente o acesso universal à saúde².

Para atingir o objetivo proposto, este artigo se baseia em um estudo exploratório realizado a partir de levantamento bibliográfico e documental, e cujo marco teórico se pauta por autores como Maria Helena Barros de Oliveira (2005), Neal Tate (1995), Torbjörn Vallinder (1995), além de Luís Roberto Barroso (2008) e Vanice Valle (2011). O texto é dividido em três partes. Na primeira, apresenta uma breve caracterização do que se entende hodiernamente sobre o princípio da universalidade aplicado ao SUS e sobre suas implicações para o presente trabalho. Em um segundo momento, a proposta é esclarecer o conceito de Judicialização da Saúde, demonstrando como esse fenômeno, tributário da chamada Judicialização da Política, gera efeitos benéficos em um primeiro momento, à medida que se propõe a corrigir falhas e atender demandas historicamente reprimidas na Saúde. Na última etapa, são expostos os efeitos deletérios que esse fenômeno produz, sobretudo quando, por falta de um diálogo com o campo da Saúde, o Judiciário atende demandas que maculam as escolhas alocativas de recursos tomadas pelos órgãos representativos, colocando em risco a proteção universal conferida pelo constituinte.

2 Apontamentos sobre o princípio da universalidade aplicado ao SUS

Dentre os ideais iluministas que inspiraram o projeto emancipatório das revoluções liberais burguesas do século XVIII, a universalidade dos direitos pode ser considerada como a força motora que deu maior impulso à conflagração. A partir do

2 Esclarece-se, entretanto que, malgrado tenha-se optado por analisar esse viés, ele não é o único que contribui para a crise do financiamento da saúde. Isso porque outras vertentes, tais como os ajustes fiscais do início dos anos noventa, a desvinculação do direito a saúde da condição de contribuinte, o desvio, a partir de 1993, da receita oriunda da CPMF, para o pagamento exclusivo de benefícios previdenciários, e a exigência cada vez maior de incremento do gasto com saúde, provocada tanto pelo constante envelhecimento da população, quanto pela incorporação de novas tecnologias, auxiliaram e ainda auxiliam esse processo (BRASIL, 2011, p. 17-19).

descontentamento com a lógica do sistema anterior, que operava através da exclusão, viu-se na emergente noção de universalização a possibilidade de destruição dos grilhões do privilégio. Todavia, tão logo consolidado o poder político nas mãos na burguesia, a cidadania passou a ser tomada em consideração a partir do homem como mera abstração, isto é, levando-se em conta esse homem enquanto burguês (SARTORI, 2011, p. 172).

Como resultado, os valores burgueses passaram a ser tomados enquanto naturalmente pertencentes ao homem e, exatamente por isso, foram estendidos a toda a coletividade. Contudo, a partir da segunda metade do século XIX, os problemas de natureza social começaram a se avolumar na Europa. Assim, o que antes era defendido vorazmente, passou a demandar reflexão. A concentração de riqueza produzida pelo modo de produção capitalista, associada ao discurso liberal, cujo alcance se deu de modo restrito, gerou um crescimento vertiginoso da pobreza e de suas consequências entre a classe operária (POLANYI, 2000, p. 108).

Atento a isso, o então chanceler alemão Otto von Bismarck introduziu em seu país, entre os anos de 1883 e 1889, uma série de medidas para proteger os trabalhadores dos riscos sociais da idade, da invalidez e da doença³. Sua ideia era criar um mecanismo de proteção estatal às camadas trabalhadoras vulneráveis à opressão desmedida do capital mediante um sistema de natureza contributiva. Com o sucesso de seu modelo frente aos movimentos reivindicatórios, ele passou a ser copiado por inúmeros países da Europa, notadamente os industrializados, e pelos Estados Unidos (FLORA; ALBER, 1984, p. 69). Ademais, pelo abandono por parte do Estado da posição de mero expectador, e pela assunção de um papel de promotor

3 Menciona-se que, muito embora possa-se pensar ingenuamente que as medidas de caráter social adotadas por Bismarck tenham sido produto de seu compadecimento para com as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores alemães, conforme apontam Jairo da Matta et al. (2011, p. 172), essas tratam-se, em verdade, de uma medida de contenção do avanço da organização dos operários.

social, afirma-se que aqui está uma das origens do posterior *Welfare State*⁴, de cunho keynesiano, cuja influência se dará de forma ainda mais profunda nos idos do pós Segunda Guerra em razão da ameaça socialista.

Apesar de representar um avanço em matéria de direitos, especialmente os da classe trabalhadora, a seguridade, como fora pensada por Bismarck e reproduzida nas décadas seguintes por outros tantos defensores do Estado providencial, gerou, principalmente em matéria de saúde, uma situação de exclusão demasiada, pois as políticas sociais de saúde constituíam-se de modo particularizado. No caso do Brasil, por exemplo, isso fica evidente ao analisarmos a sistemática anterior à Constituição de 1988. Durante esse período, somente aqueles que podiam pagar por serviços privados ou aqueles que eram assegurados pela previdência social (VASCONCELLOS, 2007, p. 86), leia-se, os que possuíam carteira assinada, detinham acesso aos serviços de Saúde. O restante da população era relegado ao ostracismo e vivia como refém, à míngua da própria sorte.

Foi com o intuito de sepultar o modelo segregador do passado (NETTO, 2000, p. 77), que o constituinte, inaugurando a seção em que trata da saúde, decidiu dispor no artigo 196 que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, exigindo-se para a sua garantia a atuação deste por meio de políticas sociais e econômicas que previnam doenças e proporcionem serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Não bastasse isso, seguindo o mesmo raciocínio, o legislador infraconstitucional previu também, através da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, inciso I, que as ações que integram o SUS devem obedecer a vários princípios, dentre eles, o da universalidade, isto é, o ideal de que a saúde será garantida de maneira genera-

4 Não há um conceito unívoco de *Welfare State*. É frequentemente apontado que o conceito admite variações de acordo com a corrente teórica que se filie. Dentre as mais correntes, costuma-se apresentar a definição de Anthony Briggs (1961, p. 228) que entende o *Welfare State* como sendo “[...] um Estado no qual se usa deliberadamente o poder organizado, através da política e da administração, num esforço para modificar o jogo das forças do mercado em pelo menos três direções, primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima independente do valor de mercado do seu trabalho ou de sua propriedade, segundo, restringindo o arco de insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de fazer frente a certas contingências sociais, como doença, velhice e desocupação, que, de outra maneira, conduziram a crises individuais ou familiares, e terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, sejam oferecidos os padrões mais altos de uma gama reconhecida de serviços sociais [...]”. Por outro lado, aponta-se comumente também a delimitação apresentada por WILENSKI (1975, p. XIII), que aponta o *Welfare State* como “[...] um padrão mínimo, garantido pelo estado, de renda, alimentação, saúde, alojamento e instrução, assegurado a qualquer cidadão como um direito político e não como beneficência [...]”.

lizada a todos e em todos os níveis de assistência.

O projeto então de universalidade perpetrado pelo legislador em matéria de Saúde torna o SUS o instrumental de um ambicioso programa de natureza social que pretende romper não só com as insistentes estruturas políticas, institucionais, culturais e financeiras, que tradicionalmente operavam nesse domínio, mas com a própria concepção do modelo de atenção à saúde. Afinal, ao falarmos em universalização, significa dizer que o atendimento deve ser garantido a todos, sem restrições pessoais, sociais ou meritocráticas. E exatamente por assim ser, é que a cidadania se torna critério fundante das ações de saúde (MARQUES; MENDES, 2007, p. 42-43).

Embora representante de um avanço inédito por aqui, a universalização da atenção à saúde trouxe consigo os seus impasses. Enquanto os países desenvolvidos ensaiavam soluções neoliberalistas para mitigar o *Welfare State* de cunho keynesiano e, conseqüentemente, sanear os problemas de natureza econômica a ele associados, o Brasil buscava, pela primeira vez, construir uma sociedade faticamente empenhada na luta pela proteção e promoção de direitos sociais (ANDERSON, 1995, p. 10). Nesse cenário, o SUS e sua missão universalizante já nascem pressionados pelo capital internacional, que passa a situá-los em uma posição de ameaça constante. Com isso, como era de se esperar, ano a ano são impostas cada vez mais restrições à sua atuação pelo plano da economia, prejudicando a elaboração de políticas públicas eficazes. Sem uma solução perceptível, os cidadãos passam a depositar no Judiciário suas irrisignações e esperanças. Embora à primeira vista algo positivo, já que a judicialização passa a representar uma possibilidade concreta de correção das deficiências produzidas pela política econômica no campo da universalização da saúde, o seu excesso e a falta de um diálogo robusto entre o Direito e a Saúde acabam por prejudicar ainda mais o princípio da universalidade em razão da escassez de recursos.

3 Da judicialização da política à judicialização da saúde

A dilatação do poder judicial no Estado Democrático de Direito é comumente denominada por alguns autores como judicialização da política (VIANNA, 1999; CASTRO, 1997). Esse fenômeno, perceptível em escala mundial, tem por característica o fato de que magistrados pautados por uma postura ativista passam a interpretar de maneira criativa o direito, gerando como consequência uma transferência do poder, antes concentrado no Legislativo e no Executivo, para juízes e tribunais (MARQUES; LOIS, 2012, p. 14740).

Em conhecido e debatido trabalho, *The Global Expansion of Judicial Power*, Tate e

Vallinder (1995, p. 2) identificam vários fatores que contribuem para o crescimento desse fenômeno. Dentre eles, há um de cunho estritamente político e há outros de condão estrutural. Em relação ao fator político, os autores entendem que este foi o fim da União Soviética. A partir desse fato, os Estados Unidos foram alçados à condição de única superpotência mundial e, seguindo seu exemplo, inúmeros países procederam, logo em seguida à derrocada do comunismo, a processos de independência ou de suplantação de regimes de exceção, cujas pautas dedicavam boa parte de suas aspirações à afirmação das democracias recém-conquistadas através do estabelecimento de um judiciário forte e protetor. De modo complementar, Tate e Vallinder (1995, pp. 28-32) afirmam ser ainda de extrema relevância para o processo de expansão do Poder Judiciário nos países democráticos contemporâneos, as seguintes condições estruturais: i) a democracia; ii) a separação de poderes; iii) a política de direitos; iv) o uso das Cortes por grupos de interesse; v) o uso das Cortes pela oposição; vi) a ineficácia das instituições majoritárias; vii) as percepções sobre as instituições políticas; e viii) a delegação das instituições majoritárias.

Tanto a democracia, quanto a separação de poderes contribuem, segundo os autores, para que o judiciário atue de modo independente tanto frente aos demais poderes, como diante das pressões econômicas e sociais, às quais os magistrados frequentemente encontram-se expostos (TATE; VALLINDER, 1995, p. 28-29). Por seu turno, no que tange ao terceiro elemento, vale a menção de que, por conta da positivação de uma extensa carta de direitos por parte de inúmeros países, o judiciário desses Estados se vê muitas vezes motivado a agir afirmativamente como “[...] via de resistência às investidas do Poder Executivo e Legislativo que representem retrocesso ou a ineficácia dos direitos individuais e sociais [...]” (STRECK, 2002, p. 34).

Como efeito direto, as Cortes passam a atuar de modo a bloquear ou corrigir políticas de governo e, exatamente por isso, tornam-se partícipes frequentes do jogo político diuturno entre grupos de interesse, oposição e governo. Tal processo, quando mal gerido, acaba por produzir a proliferação do sentimento de que as instituições majoritárias são ineficazes. Em outras palavras, se os poderes gestados do processo eleitoral não conseguem solucionar seus problemas dentro do próprio processo político, isso gera percepções ruins sobre as instituições políticas, o que, como consequência, permite ao povo vislumbrar tais instituições como imóveis e corruptas e concordar com a criação de políticas através do judiciário (TATE; VALLINDER, 1995, p. 31).

Quanto à delegação das instituições majoritárias, segundo os mesmos autores (Id., 1995, p. 32), os representantes políticos que ocupam as instituições majori-

tárias, por vezes, em razão da busca contínua de preservação da imagem em prol de uma desejável reeleição, optam por não se imiscuírem em assuntos polêmicos, relegando tais decisões às magistraturas, o que, com o tempo, acarreta logicamente em uma verdadeira transferência aquiescente de poder.

De acordo com Tate e Vallinder (1995, p. 34), esses fatores em nada contribuiriam caso os juízes não decidissem assumir uma postura ativista. Quer dizer, caso os membros do poder judiciário não resolvessem agir proativamente com o fito de atender as demandas sociais, pouco ou não efetivadas pelos órgãos políticos tradicionais, de modo a extrair todas as potencialidades do texto constitucional e expandir seu sentido e alcance. Embora judicialização e ativismo sejam termos próximos, eles não se confundem. Afinal, como se deixou transparecer, enquanto o ativismo é um ato, isto é, uma postura decorrente única e exclusivamente da escolha feita ativamente pelos juízes, a judicialização é um fato, em outras palavras, trata-se de um produto decorrente de diversos fatores, dentre eles, o *design* constitucional, o modelo político adotado, além é claro do próprio ativismo (BARROSO, 2009, p. 76).

É imerso nesse contexto de contornos globais que se encontra o Brasil. Afinal, não exige de nós muito esforço em perceber que por aqui se verificam, senão todos, ao menos boa parte dos fatores anteriormente elencados. Todavia, guardadas as devidas proporções, nossa experiência apresenta uma peculiaridade: “[...] a afirmada orientação à efetivação de direitos fundamentais, inclusive e especialmente aqueles classificados como sociais [...]” (VALLE, 2011, p. 187) o que, de acordo com Barroso (2012, p. 06), decorre da marca analítica da Lei Fundamental de 1988, isto é, da retirada de diversos temas do debate público para inseri-los no universo das pretensões judicializáveis (COURTIS, 2013, p. 01).

Nessa senda, se os direitos sociais tornam-se direitos públicos subjetivos em favor dos cidadãos e exigíveis judicialmente, conforme reafirmações do Supremo Tribunal Federal⁵, não é anormal ou excepcional que se proceda regularmente uma comparação entre os compromissos plasmados na Carta Magna de 1988 e as decisões adotadas pelos poderes representativos. Sob o pretexto de que muitas vezes tais escolhas são falhas ou débeis, abre-se espaço para uma atuação substitutiva de parte do Judiciário, “[...] seja para parametrizar o campo das possibilidades legislativas naquela matéria, seja para assegurar o direito em favor de cidadãos individualmente considerados ao

5 Apenas a título exemplificativo, pode-se citar, em matéria de prestação de serviços de saúde, por exemplo, o recente precedente STF-RE 716.777 AgR/RS, Relator Min. Celso de Mello, Segunda Turma, J. 9 de abril de 2013, DJe de 16 de maio de 2013.

recebimento de prestações concretas [...]” (VALLE, 2011, p. 188).

Todavia, em razão da marginalização historicamente empreendida pelas instâncias político-jurídicas de nosso país, demorou para que a sociedade brasileira percebesse a abertura produzida pela Lei Básica de 1988. Aliás, como é manifesto, por alguns anos a judicialização no campo dos direitos sociais foi proporcional ao nível de conhecimento e enraizamento dos mesmos no seio da coletividade, isto é, gradualmente baixo. No que tange ao campo da saúde, porém, a disfuncionalidade da implementação do SUS e de seus princípios, percebida já nos primeiros anos de vigência da Constituição, acabou pouco a pouco por deflagrar um processo de “[...] aforamento de demandas judiciais movidas por indivíduos que postulavam remédios, exames, internações, intervenções cirúrgicas e outras prestações relacionadas à preservação da saúde [...]” (VALLE, 2011, p. 199).

Esse fenômeno, que inicialmente era tímido, tornou-se ascendentemente vertiginoso a partir da virada do século, até mesmo em razão do fortalecimento de instituições como a Defensoria Pública e o Ministério Público. Tamanha litigiosidade, inclusive, deu ensejo à realização de uma audiência pública no STF para debater questões de natureza técnica, científica, administrativa, política e econômica envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde⁶. Além do que motivou ainda a criação pelo Conselho Nacional de Justiça de um Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde⁷, bem como a edição da recentíssima Recomendação nº 43 de 20 de agosto de 2013⁸ que incentiva os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais a promoverem a especialização de varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública⁹.

Ora, percebe-se assim que, no vácuo do descrédito dos poderes representativos, e legitimado pelo dever de conferir efetividade aos comandos constitucionais, o

6 Convocada à época pelo Ministro Gilmar Mendes, a audiência pública de número 4 realizou-se nos dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009, com a presença de aproximadamente 50 especialistas, dentre operadores do Direito e profissionais da área da Saúde. Para maiores informações, consultar: AJOUZ, Igor; VALLE, Vanice Regina Lírio do. A concretização do direito fundamental à saúde: passos orientados pela audiência pública nº 4 no Supremo Tribunal Federal. In: DUTRA, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Org.). Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 597-614.

7 Criado através da ResoluçãoCJN nº 107, de 6 de abril de 2010.

8 Disponibilizada no DJ-e nº 157/2013, em 21 de agosto de 2013, p. 2.

9 Aqui vale menção também, à Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010 que, em linha semelhante, recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito para assegurar maior eficiência na solução de demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponibilizada no Dj-e no 61/2010, em 07 de abril de 2010, p. 04-06.

Poder Judiciário surge como o oráculo social onde os cidadãos passam a depositar insistentemente a sua confiança (ABRAMOVICH; COURTIS, 2004, p. 251). Afinal, a simples positivação de direitos sociais no Texto Magno não garante, por si só, a sua implementação no mundo dos fatos, demandando, para sua realização, mobilização política e social com o intuito de concretizá-los em níveis democraticamente satisfatórios (BELLO, 2008, p. 200). Nessa conjuntura, a atuação do Judiciário é, por um lado, de crucial importância para o exercício da cidadania de fato e para a realização do direito social à saúde. Por outro, sua atuação tem significado um “[...] forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias [...]” (MENDES, 2009, p. 03), algo que, como se pretende demonstrar adiante, por dar enfoque à garantia de direitos individuais, acaba por contribuir para a não efetivação do princípio da universalidade do SUS.

4 A excessiva prestação jurisdicional, o risco à universalidade e o diálogo como solução

No começo de 2012, chamou a atenção, sendo inclusive notícia na revista *Época*,¹⁰ o caso do jovem Rafael Fávaro, de 29 anos. Diagnosticado com uma raríssima forma de anemia, chamada hemoglobinúria paroxística noturna (HPN), o rapaz conseguiu, por meio de uma decisão judicial, o direito de ter o seu tratamento com o medicamento Soliris custeado pelo SUS. O remédio, que não cura, mas que auxilia na melhoria da sua qualidade de vida, faz desse caso um dos mais caros da história do Sistema. De acordo com as especificidades do tratamento, o remédio deve ser injetado até o fim de sua vida, a cada 15 dias, ao custo de aproximadamente 70 mil reais por mês. Através de um simples cálculo aritmético podemos visualizar que, anualmente, será gasta, apenas com esse paciente, a expressiva quantia de 800 mil reais.

Muito embora se possa pensar em primeira mão que casos como o de Rafael são pontos fora da curva, a cada dia é maior o número de pedidos semelhantes apresentados ao Judiciário. De acordo com um relatório¹¹ produzido pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, órgão que integra a Advocacia-Geral da União, do

10 Veja mais em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>.

11 Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Panorama%20da%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%202013.pdf>>. Acesso em 22 set. 2013.

período entre 2009 e o mês de setembro de 2012¹², somente nas causas em que a União foi parte, foram ajuizadas 44.067 novas ações com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos, a realização de procedimentos e cirurgias, além, é claro, da incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. Conquanto a quantidade expressa pelo documento não demonstre faticamente o número de feitos que tramitam nos tribunais hoje e que tenham a saúde como o fundamento da lide, tendo em vista até mesmo a dificuldade de reunir e consolidar tais dados, é possível perceber o volume do impasse, trazendo inclusive informações de extrema relevância para a feitura das considerações apresentadas adiante acerca deste fenômeno.

A título ilustrativo, menciona-se que, consoante o relatório, das decisões prolatadas nessas 40 mil ações, a União, em média, somente obteve posicionamentos favoráveis em aproximadamente 30% delas. Dos 70% restantes em que a União foi sucumbente, excetuada a parcela de casos em que Estados e Municípios, que geralmente figuram no pólo passivo como litisconsortes, atendem à decisão judicial, percebe-se a cada ano um crescimento do valor despendido para fins de atendimento dessas decisões. No ano de 2009, por exemplo, a quantia desembolsada para atendimento dos provimentos judiciais, chegou a aproximadamente 83 milhões de reais. Já no ano de 2011, o valor chegou a 240 milhões de reais¹³, sendo quase 190 milhões destinados ao atendimento de apenas 632 pacientes. Tais recursos, vale destacar, referem-se apenas e tão somente aos custos daquilo que foi efetivamente demandado. Isto é, não se contabilizam aí as despesas relativas aos procedimentos acessórios, que são de extrema necessidade para o efetivo cumprimento das determinações, como acontece principalmente com o fornecimento de medicamentos que, muitas vezes, possuem custos de importação, caso não sejam fabricados no

12 De acordo com o Relatório, o período anterior a 2009 não se encontra na estatística em razão da inexistência, à época, de um sistema que permitisse a extração do número de novos processos judiciais. Ademais, vale a menção de que os valores consolidados referentes ao ano de 2012 ainda não se encontram disponíveis para consulta. O relatório a que se refere este artigo possuía, quanto ao ano de 2012, apenas valores parciais. Todavia, conforme noticiado pelo jornal Folha de São Paulo, o montante destinado em 2012 para o cumprimento de determinações judiciais relacionadas à saúde atingiu o valor recorde de aproximadamente 340 milhões de reais. Informação disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1199942-sus-tem-despesa-recorde-com-aco-es-judiciais.shtml>>. Acesso em: 23 set. 2013.

13 Vale registrar que no período de apenas dois anos, os gastos com despesas dessa natureza praticamente dobraram. Isso por que, se em 2009 o valor despendido correspondeu a aproximadamente 0,14% do orçamento total executado pelo Ministério da Saúde naquele ano (algo em torno de 58 bilhões de reais), no ano de 2011 a porcentagem chegou a 0,33% de um montante total de aproximadamente 72 bilhões de reais.

Brasil, e, ainda, despesas com transporte, inclusive aéreo, em razão da necessidade de se fazer a droga alcançar a residência do paciente.

Isso posto, percebe-se como o Judiciário tornou-se o refúgio dos interesses legítimos daqueles que necessitam dos serviços de saúde e muitas vezes não o encontram. Todavia, salta igualmente aos olhos, o fato de que o crescimento das concessões judiciais, pela própria característica da individualidade de que as ações impetradas geralmente se revestem, confere um eloquente impacto nos planos e arranjos aplicados ao campo da saúde.

Dito isso, são expostas algumas objeções à propagação da judicialização da saúde e sua correlação com o princípio da universalidade aplicado ao SUS.

Como é dito frequentemente no âmbito econômico, os recursos são naturalmente escassos em relação à demanda potencial existente e, exatamente por isso, demandam escolhas de onde serão aplicados (SAMUELSON; NORDHAUS, 2012, p. 03). As escolhas, por um lado, implicam na alocação de recursos em um determinado setor; por outro, acarretam na sua retirada de outro¹⁴. Desta feita, quando uma decisão judicial, exige do Estado que este arque com o custo de um determinado requerimento feito por um cidadão, não resta alternativa ao administrador senão a de retirar recursos antes alocados ao atendimento de políticas públicas voltadas à coletividade para dar cumprimento ao provimento¹⁵. Fosse isso uma exceção, não se visualizariam maiores problemas, já que se estariam corrigindo eventuais falhas sem colocar em risco a universalidade do SUS, que, aliás, sairia reforçada. Todavia há excessos que a prática corriqueira da judicialização vem gerando no cumprimento efetivo da Constituição. Como adverte Barroso (2008, p. 14), o casuísmo da jurisprudência brasileira vem em inúmeros casos “[...] revelando à concessão de privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania, que continua dependente das políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo [...]”.

Dessa forma, “[...] preocupado com a solução de casos concretos – o que se poderia denominar de microjustiça –, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendi-

14 Na doutrina (TORRES, 2004, p. 455-456) é frequentemente apontado que tal afirmativa refere-se à chamada reserva do possível (*Vorbehalt des Möglichen*).

15 De acordo com Barroso (2008, p. 28-29), uma das objeções que também é possível de ser levantada frente à proliferação de decisões judiciais em matéria de saúde, é a de que estas acabam por provocar uma desorganização da Administração Pública. Neste sentido, “[...] cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca a promoção da saúde pública [...]”.

mento de demandas ilimitadas: a macrojustiça [...]” (BARCELLOS, 2006, p. 32). Ou seja, sem uma reflexão mais detida sobre o direito à saúde e sua concepção pós-88 de bem público e coletivo, o magistrado, orientado muitas vezes pela emoção, fechado nas especificidades de seu múnus, e buscando dar efetividade ao princípio constitucional da universalidade, sem, porém, compreender o seu alcance intencional, pulveriza o dever de promoção da saúde a cidadãos isoladamente considerados.

Diante da labiríntica ponderação que se coloca em jogo, entre o “[...] direito à saúde de uns *versus* o direito à vida e à saúde de outros [...]” (BARROSO, 2008, p. 15), entendemos ser dever do magistrado, ao julgar o caso concreto, assegurar-se de que o sistema de Saúde possui condições de arcar não só com as despesas de parte, mas também com as despesas de todos os outros cidadãos que se encontrem na mesma situação. Afinal, como nos adverte Gustavo Amaral (2009, p. 18), “[...] a justiça do caso concreto deve ser sempre aquela que possa ser assegurada a todos que estão ou possam vir a estar em situação similar [...]”. Caso assim não o faça, o julgador estará distribuindo distinções apenas a uma casta que possui condições de ascender suas aspirações ao Judiciário e, com isso, dilapidando os recursos da Saúde sem resolver os problemas que granjeiam toda a coletividade (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2007, p. 125). Caso não se atente ao fato de que, para além de meros voluntarismos, extravagâncias ou ambições, o direito à saúde contemporaneamente exige um juízo pautado pelo comprometimento com o todo, coloca-se em risco a continuidade das políticas públicas de cunho universal, orientadas à promoção e à proteção do bem-estar.

Não se está com isso defendendo que os argumentos acima expostos podem ser levantados a torto e a direito como um escudo contra a realização do direito à saúde. O que aqui se propõe enfatizar é justamente o contrário. O que se defende é que a visão turva que se proliferou nos últimos anos entre as magistraturas em matéria de saúde contribui para aprofundar ainda mais o problema que lhe deu causa, as imperfeições das políticas públicas que, como pontuado anteriormente, costumam estar aquém das necessidades da população. Diante de um problema tão complexo, as soluções não podem tão somente advir da fria conclusão do Direito. É indispensável a criação de canais profícuos de diálogo entre os diferentes campos do conhecimento que podem contribuir, cada qual à sua maneira, para o alcance de soluções que permitam um efetivo fomento à Saúde. Um dos campos que pode figurar nesse patamar é o campo da Saúde, especificamente, na sua vertente da Saúde Pública que, com seus instrumentais técnicos e teóricos, poderá propiciar um enriquecimento das discussões em torno das demandas que vem sendo judicializadas.

Para operacionalizar a apropriação desse instrumental técnico-teórico da Saúde Pública pelo Direito (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009, p. 17), revela-se necessário pensar na criação e/ou expansão de órgãos de consulta técnica, na realização frequente de audiências públicas, e, dentre tantas outras possíveis estratégias para permitir a densificação desse diálogo, na celebração de convênios de cooperação técnico-institucional entre tribunais, órgãos gestores de saúde e, instituições de pesquisa, como, por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz.

Tal abertura é necessária para que paulatinamente juízes e tribunais passem a tomar conhecimento das especificidades que suas decisões podem vir a implicar, e que tão bem já o sabem aqueles que se encontram vinculados ao campo da Saúde. Essa postura de abertura ao campo da Saúde é importante para o sepultamento da cultura da prestação judicial descomprometida que insiste em operar entre nós e que, ao ofender gratuitamente e de maneira contínua a universalidade aplicada ao SUS, gera dispêndios que colocam em risco a própria efetivação do direito à saúde no seu viés coletivo, algo tão bem quisto pelo legislador constituinte.

5 Conclusão

Este trabalho teve por objetivo apresentar algumas considerações sobre como o fenômeno da prestação jurisdicional excessiva em matéria de saúde pode ser prejudicial ao princípio da universalidade aplicado ao SUS. Com isso, demonstrou-se primariamente o que se entende por universalidade. Viu-se que a intenção do legislador ao positivizar esse princípio foi a de permitir o acesso a todos e em todos os níveis de assistência. À luz disso, viu-se, em seguida que, como corolário dessa abertura e inserido no contexto macro da judicialização da política, existe a judicialização da saúde, fenômeno no qual juízes e tribunais atuam de modo a substituir ou aperfeiçoar decisões tomadas pelos órgãos representativos. Procurou-se demonstrar no último ponto que a manutenção de tal prática, a princípio benéfica, gera efeitos deletérios, inclusive aplicáveis ao que inicialmente ela mesma tinha por objetivo corrigir, eventuais distorções verificáveis na condução das políticas públicas que, no caso específico da saúde, possuem natureza universal.

De todo o exposto, conclui-se que a superação dessa realidade que por aqui insiste em se dar, passa necessariamente pela abertura de uma via em que os campos do Direito e da Saúde possam dialogar em razão da complexidade que encerra o problema da saúde entre nós. Sabe-se, porém, que por se tratar de uma discussão ainda seminal, muito ainda precisa ser pesquisado, o que não foi possível neste tra-

balho em razão da própria limitação estrutural e de escopo. Nesse sentido, registra-se a importância de que em ocasiões futuras, com o fito de se aprofundar cada vez mais o debate, se dê ênfase a estudos que tanto cuidem do fornecimento de dados empíricos a respeito da judicialização excessiva da saúde, posto haver ainda hoje uma carência crônica em tal direção, como também em pesquisas que se preocupem em realizar análises apuradas sobre a viabilidade e a eficácia do que vem sendo apontado, ou mesmo feito para a mitigação deste fenômeno.

6 Referências

ABRAMOVICH, Victor; COURTIS, Christian. **Los Derechos Sociales como Derechos Exigibles**. Madrid: Trotta, 2004.

AJOUZ, Igor; VALLE, Vanice Regina Lírio do. A concretização do direito fundamental à saúde: passos orientados pela audiência pública nº 4 no Supremo Tribunal Federal. In: DUTRA, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e das decisões trágicas. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2009.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; & GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: **Revista de Direito do Estado**, v. 1, n. 3, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: **Revista Jurídica UNIJUS**, v. 11, n. 15, 2008.

_____. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **Revista de Direito do Estado**, ano 4, n. 13, 2009.

_____. Constituição, Democracia e Supremacia Judicial: Direito e Política no Brasil Contemporâneo. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, v. 2, n. 21, 2012.

BELLO, Enzo. Cidadania e direitos sociais no Brasil: um enfoque político e social. In: PEREIRA NETO, Cláudio; SARMENTO, Daniel (Org.). **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRIGGS, Anthony. The Welfare State in Historical Perspective. In: **Archives Europeennes de Sociologie**, II, 1961.

CASTRO, Marcus Faro de. O Supremo Tribunal Federal e a Judicialização da Política. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, 1997.

COURTIS, Christian. **Social rights as rights**. Disponível em: <http://www.law.yale.edu/docu_ments/pdf/Courtis_Social_Rights_as_Rights.pdf>. Acesso em 20 set. 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SENNA DA SILVA, Jacinta de Fátima; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLORA, Peter; ALBER, Jens. Modernizations, Democratization and the Development of Welfare States in Western Europe. In: FLORA, Peter; HEIDENHEIMER, Arnold (Org.). **The developments of Welfare State in Europe and America**. London: Transaction Publishers, 1984.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila; ACURCIO, Francisco de Assis; BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas; FALEIROS, Daniel Resende; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 03, 2011, p. 590-598.

MARQUES, Gabriel Lima; LOIS, Cecília Caballero. Reforma Política e Diálogos Institucionais: novas possibilidades de superação da judicialização da política no Brasil. **Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI/UFU**, 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Àquilas. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n., 2007.

MATTA, Jairo Luis Jacques da; CORDEIRO, Milena; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Legislação previdenciária e seus significados: reparação irreparável da saúde perdida. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Saúde, Trabalho e Direito**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Discurso de Abertura da Audiência Pública nº 04**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Abertura_da_Audiencia_Publica_MGM.pdf>, 2009. Acesso em 22 set. 2013.

NETTO, José Paulo. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação**. Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Direito e Saúde, possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador. In:

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de Textos**, 2005.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2000.

RIBEIRO, Alexandre Barenco. O papel do agente público e a institucionalidade do campo Direito e Saúde. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). **Direito e Saúde**. Um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

SAMUELSON, Paul; NORDHAUS, William. **Economics**. New York: McGraw-Hill, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. A titularidade simultaneamente individual e transindividual dos direitos sociais analisada à luz do exemplo do direito à proteção e promoção da saúde. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Org.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

SARTORI, Vitor Bartoletti. Direito e fetichismo: forma jurídica, forma-mercadoria e alienação na sociedade civil burguesa. In: **Cadernos de Direito e Marxismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SCHÜTZ, Gabriel Eduardo. Desafios epistemológicos da interface do Direito com a Saúde: a intersetorialidade, a interdisciplinariedade e a participação. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). **Direito e Saúde**. Um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

STRECK, Lênio Luiz. **Jurisdição Constitucional e Hermenêutica**: uma nova crítica do Direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

TATE, Neal; VALLINDER, Torbjörn. **The global expansion of judicial power**. New York: New York University Press, 1995.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial, os direitos sociais e a reserva do possível. In: NUNES, Antônio José Avelãs; COUTINHO, Jacinto Nelson Miranda (Org.). **Diálogos Constitucionais**: Brasil-Portugal. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. Judicialização das Políticas Públicas no Brasil: até onde nos podem levar as asas de Ícaro. In: **Themis** – ano 11, n. 20/21, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma Política de Estado. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito essencial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, 2007.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Direitos

Humanos e Saúde no Trabalho. In: **Saúde e Direitos Humanos**, ano 4, n. 04, 2007.

_____. Direito e Saúde: aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). **Direito e Saúde**. Um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edáis; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. In: **Physis**, v. 20, nº 1, 2010, p. 77-100.

VIANNA, Luiz Werneck. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

WILENSKI, Harold L. **The Welfare State and Equality**. Berkeley: California University Press, 1975.

