

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - IFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - PPGPP

O Orçamento do Fundo Nacional de Saúde e a Judicialização da Saúde

Rosaura Klein Hoerlle Borges

Porto Alegre, RS
2025

RESUMO

A pesquisa trata do orçamento do Fundo Nacional de Saúde, tributos que o compõem, e a Judicialização da Saúde relativamente aos medicamentos integrantes do componente farmacêutico especializado, cujo custeio é atribuição da União via Fundo Nacional de Saúde. Examina, ainda, a existência de correlação entre orçamento do Fundo Nacional de Saúde e novas ações postulando medicamentos relativamente ao período compreendido entre 2012 a 2022 e o comportamento dessas variáveis.

Palavras-chave: Orçamento. Fundo Nacional de Saúde. Judicialização de Saúde. Componente Farmacêutico Especializado.

ABSTRACT

The research deals with the budget of the National Health Fund, taxes that compose it, and the Judicialization of Health in relation to medicines that are part of the specialized pharmaceutical component, whose funding is the responsibility of the Union via the National Health Fund. It also examines the existence of a correlation between the budget of the National Health Fund and new actions requesting medicines in relation to the period between 2012 and 2022 and the behavior of these variables.

Keywords: Budget. National Health Fund. Judicialization of Health. Specialized Pharmaceutical Component.

Resumé:

L'étude porte sur le budget du Fonds national de la santé, les impôts qui le composent et la judiciarisation de la santé en lien avec les médicaments faisant partie du volet pharmaceutique spécialisé, dont le financement est assuré par l'Union via le Fonds national de la santé. Elle examine également l'existence d'une corrélation entre le budget du Fonds national de la santé et les nouvelles demandes de médicaments entre 2012 et 2022, ainsi que l'évolution de ces variables.

Mots clés: Budget. Fonds national de santé. Judicialisation de la santé. Volet pharmaceutique spécialisé.

Considerações Iniciais

O conceito de judicialização de políticas, definido por Oliveira e Couto (2016) é descrito “como a crescente utilização do sistema de justiça nos casos em que a atuação dos poderes Legislativo e/ou Executivo é percebida por atores políticos e sociais como falha, omissa ou insatisfatória”. Nessa perspectiva, há uma interação entre os atores envolvidos na judicialização de políticas, que pode estar caracterizada pela aproximação ou distanciamento, segundo Oliveira (2019), gerando entrelaçamento institucional (cooperação interinstitucional) ou mesmo objeção institucional, com contraposição (quando há o distanciamento dos atores envolvidos). Como causa da judicialização de políticas, Oliveira (2019) aponta que pouco se sabe para além das falhas na implementação de políticas.

Considerando que a judicialização da saúde é um dos aspectos da judicialização de políticas, Cunha (2020), em sua tese de doutorado, faz uma revisão sobre “o panorama descritivo da relação entre o direito à saúde constitucionalizado e o direito à saúde judicializado, destacando quatro fases de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), com suas respectivas consequências e impactos na formação de um conceito normativo do direito à saúde”.

O Conselho Nacional de Justiça, órgão gestor e regulador administrativo do Poder Judiciário Nacional, não ignorou o fenômeno da judicialização da saúde. A Resolução nº 107/2010 do CNJ instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Em de agosto de 2022, o Conselho Nacional de Justiça lançou o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde¹. A ferramenta reúne informações sobre ações judiciais de saúde pública e suplementar no Brasil a partir de dados existentes na Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud) relativamente ao período de 2020 em diante.

Se por um lado os dados estatísticos do Poder Judiciário parecem ser recentes, o fenômeno da judicialização da saúde certamente não o é.

¹<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ac83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu.currsel>

Paralelamente a esses acontecimentos, no cenário orçamentário, as Emendas Constitucionais nº 29/2000, Emenda Constitucional nº 86/2015 e Emenda Constitucional nº 95/2016 vão trazendo alterações no tocante ao financiamento da saúde, sendo a Emenda Constitucional de nº 95/2016 certamente a mais gravosa de todas, em razão da implementação de um novo regime fiscal que impôs o chamado “teto de gastos”.

A partir desse cenário aqui apresentado, a presente pesquisa pretende trazer para o exame da judicialização da saúde um novo enfoque, envolvendo o orçamento destinado ao Fundo Nacional de Saúde para a aquisição do componente farmacêutico especializado e o número de novos ajuizamentos de saúde que postulam o fornecimento desses medicamentos.

Para a melhor abordagem do contexto da pesquisa, no Capítulo I do presente trabalho será apresentada a forma como se desenvolveu o financiamento do sistema único de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 até a criação do Fundo Nacional de Saúde e como ele foi estruturado até a última reforma tributária.

Na segunda parte da pesquisa será examinado o movimento da judicialização da saúde, apresentando-se (i) pesquisas que analisam o mérito das decisões judiciais proferidas na área da saúde e fazem uma classificação das decisões proferidas ao longo do tempo, como por exemplo os trabalhos desenvolvidos por Wang (2013, 2015 e 2018), Wang e Vasconcelos (2014); (ii) pesquisas que analisam o perfil das demandas sobre saúde em determinado período de tempo, como por exemplo relatório do Conselho Nacional de Justiça (2019); (iii) pesquisas relacionadas à dinâmica política da conjuntura para explicar a variação nas formas e na intensidade em que o Poder Judiciário é mobilizado para participar do processo decisório, como em trabalho desenvolvido por Taylor e Da Ros (2008), Madeira (2014 e 2016) e Ribeiro e Arguelhes (2019). Além disso, serão apresentados os precedentes mais relevantes do Supremo Tribunal Federal que tratam da judicialização da saúde.

Por fim, na última parte da pesquisa serão apresentados os valores orçamentários destinados ao Fundo Nacional de Saúde entre os anos de 2012 a 2022, especialmente para a aquisição dos fármacos integrantes do componente farmacêutico especializado. Para o mesmo período, também serão apresentados os

números de novas demandas judiciais sobre saúde, filtrando-se aquelas ações que buscam o fornecimento de medicamentos integrantes do componentes farmacêutico especializado, buscando responder à pergunta: O valor, em moeda nacional, de recursos orçamentários destinados ao Fundo Nacional de Saúde gera impacto no ajuizamento de processos judiciais reclamando atendimento de saúde?

1 Orçamento do Fundo Nacional de Saúde

Tratar do orçamento do Fundo Nacional de Saúde exige, num primeiro momento, entender o contexto histórico da sua criação, assim como o funcionamento do Orçamento da Seguridade Social.

Para tanto, é preciso trazer uma pincelada do desenvolvimento do federalismo brasileiro, que vai impactar a criação de políticas sociais, dentre elas a Saúde Pública e a criação do Fundo Nacional de Saúde, seu desenvolvimento e financiamento a partir dos recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social.

Analisando a história do federalismo brasileiro a partir dos textos de Furtado (1976), Love (2000) e Nunes (1997) é possível constatar que ao longo do período histórico há movimentos de expansão e de retração do federalismo, sendo ora mais descentralizado e ora centralizado, conforme as forças de coalizão atuantes. É o que acontece, precisamente na fase da Primeira República, quando há uma total descentralização, para depois retomar para uma total centralização na era Vargas, quase desconfigurando o sistema federalista.

O governo de Getúlio Vargas, especialmente após a instituição do Estado Novo, passa a limitar, num crescente, o poder político e a autonomia dos estados-membros. Tal circunstância é refreada com a retomada do regime democrático, em 1946, vindo a ser novamente suprimida com o golpe militar de 1964. Somente com a redemocratização e a Constituição Federal de 1988 é que os estados-membros vão retomar novamente a autonomia política, assim como também ocorre com os municípios.

Seguindo na linha de pesquisa a respeito do federalismo brasileiro, Costa (2004, p. 214-215) aponta que nesse cenário histórico-político:

“o processo de centralização do poder nas mãos do governo federal, que havia sido o principal instrumento de “administração” do federalismo pelo menos desde 1930, deu

lugar a um processo desorganizado de descentralização, no qual estados e municípios atuaram como agentes “predadores” de um governo federal enfraquecido”.

Arretche (2012), por sua vez, aborda a questão do *demos enabling* e do *demos contraining*, ao referenciar Steppan (1999) e investiga a existência de relação entre descentralização e autonomias política, fiscal e de competências dos entes subnacionais e aponta que é preciso fazer distinção entre as diferentes dimensões da descentralização e também deve haver distinção entre *policy-making* e *policy-decision making* para examinar as relações verticais na produção de políticas públicas.

Percebe-se que as pesquisas da autora e dos autores mencionados investigam o desenvolvimento das relações políticas ao longo da história do Brasil e seu impacto nas instituições que surgem nesse período. Há um certo consenso entre a pesquisadora e os pesquisadores mencionados que, no caso brasileiro, em momentos de *demos contraining*, ou seja, quando o poder político do povo é restringido através da supressão de direitos políticos, é quando houve a maior parte do desenvolvimento das políticas sociais. Tal circunstância também ocorreu na América Latina. Fleury (1994, p. 139) explica essa fenômeno a partir da construção do estado nacional na América Latina e assevera que:

“o poder político tenta suprir com o uso da violência a incapacidade das classes dominantes fragmentadas de construir o mercado, em nível econômico, e a unidade nacional em nível territorial, ideológico e social, o que, evidentemente, mina as próprias bases do domínio burguês, negando os pressupostos de liberdade e igualdade requeridos tanto para a troca quanto para a constituição da cidadania.”

Carvalho (2002, p. 162), ao analisar o desenvolvimento da cidadania no Brasil na época da ditadura militar, aponta que “ao mesmo tempo em que cerceavam os direitos políticos e civis, os governos militares investiam na expansão dos direitos sociais”.

E nesse contexto histórico-político é que foi criado o Fundo Nacional de Saúde, com a edição do Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, ou seja, exatamente na época em que o Brasil vivia um regime totalitário, sob a vigência do Ato Institucional nº 5/1968.

Na sua constituição original, o Fundo Nacional de Saúde era provido de recursos do orçamento da União destinados a apoiar, em caráter supletivo, os

programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva, coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Compunham, também, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), os recursos financeiros provenientes de créditos adicionais e de transferências realizadas por entidades da Administração Indireta que tivessem por finalidade a execução de atividades relacionadas com a saúde e também outras fontes de financiamento definidas em decreto do Poder Executivo. Cabia ao Ministério da Saúde gerir os recursos financeiros do FNS.

Entre o início do regime militar brasileiro e o seu final, o Sistema de Saúde Público existente era voltado à prevenção de doenças, vacinação da população e, especialmente, atingia a população urbana que tinha emprego formal, dada a existência dos Institutos de Pensão. Posteriormente os Institutos de Pensão criados na década de 1930 foram integrados ao então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (criado em 1966), que mais tarde se tornou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS (criado em 1977). No quadro abaixo é possível visualizar essa cronologia histórica relativamente aos Institutos de Aposentadoria mais conhecidos:

Instituto	Ano de criação
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos - IAPM	1933 a 1966
Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - IAPB	1934 a 1966
Instituto de Aposentadoria dos Comerciários -IAPTC	1934 a 1966
Instituto de Aposentadoria dos Industriários -IAPI	1936 a 1966
Fundo Nacional de Saúde - FNS	1969
Instituto Nacional de Previdência Social - INPS	1966 a 1990
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS	1977 a 1993
Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS	1977 a 1990
Instituto Nacional de Seguro Social - INSS	1990

Na década de 1980 o sistema existente, que vinculava o atendimento de saúde ao orçamento da Previdência Social, financiado por empregadores urbanos,

trabalhadores urbanos formais e pelo orçamento da União, deixa de ser satisfatório relativamente aos recursos disponíveis para o atendimento das demandas da população urbana crescente. Nessa realidade, inicia-se um processo de desvinculação dos recursos destinados à Saúde Pública daqueles destinados à Previdência Social.

Em meio a esse debate da desvinculação das receitas da Previdência Social e a necessidade de desenvolvimento de um modelo sanitário de saúde pública, surge o embrião do Sistema Único de Saúde, gerado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. Extrai-se do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que: a (1) Saúde passa a integrar um direito, cujos serviços são públicos e essenciais; (2) há a necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, instituído como um arcabouço institucional separado da Previdência; (3) há a necessidade de instituição de um orçamento social. E sobre esse terceiro aspecto, orçamentário, é preciso dar destaque ao texto original do Relatório Final mencionado (1986, p. 19-21), pois foi o guia do futuro texto constitucional de 1988:

Tema 3 - Financiamento do Setor

1 - Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

2 - Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

3 - os recursos destinados à saúde serão determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas (*).

4 - O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

5 - Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fontes alternativas, permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc.). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro-social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias iguais para trabalhadores rurais e urbanos.

(...)

9 - A descentralização, um dos princípios propostos para a organização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:

(...)

Estava, então, em gestação, o novo texto constitucional de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde, universal e descentralizado e financiado por toda a sociedade, com um orçamento social integrante do orçamento geral da União. Observe-se que no item 2 do documento mencionado já se previa a criação de Fundos de Saúde.

Todavia, mesmo com a promulgação da Constituição, em 05 de outubro de 1988, o financiamento do Sistema Nacional de Saúde não sofreu impacto imediato, pois o texto constitucional trazia normas programáticas, que não tinham efetividade alguma até que normas complementares fossem criadas pelo legislador ordinário.

Em 19 de setembro de 1990 é publicada a Lei nº 8.080, que prevê que na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. Também no ano de 1990 é publicada a Lei nº 8.172, de 28 de dezembro, a qual regulou a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e tratou das transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde.

Ao longo da década de 1990, novos meios de financiamento do Sistema Único de Saúde foram sendo criados pelo legislador, destacando-se a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, em 1996, cujo objeto da arrecadação era inicialmente integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde. A referida contribuição teve prorrogações na sua vigência até o ano de 2007.

Relativamente ao financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, Ugá e Santos (2006) apontam que até meados da década de noventa o gasto em saúde era centralizado e de responsabilidade da União. Tal circunstância foi sendo modificada com o processo de descentralização tributária, culminando com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000, a qual passou a estabelecer percentuais mínimos de participação de estados e municípios no financiamento do SUS. Foi a Emenda Constitucional nº 29/2000 que introduziu os parágrafos primeiro, segundo e terceiro ao artigo 198, da Constituição Federal. O texto constitucional passou a explicitar qual a participação orçamentária mínima dos Estados e Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, mas deixou para a

lei complementar dispor sobre o percentual de participação da União nesse financiamento. A redação do texto constitucional, à época, era a seguinte:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Esse novo regramento descentralizador do financiamento do Sistema Único Saúde introduzido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 foi definitivamente regulamentado por Lei Complementar somente no ano de 2012, com a edição da

Lei Complementar nº 141. No curso desse tempo, entre a promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e a edição da Lei Complementar nº 141/2012, os percentuais mínimos de financiamento do SUS constavam no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias².

Assim, mesmo antes da edição da lei complementar exigida constitucionalmente pela EC 29/2000, estava garantida a participação mínima dos entes subnacionais, assim como da União, no financiamento do Sistema Único de Saúde. Segundo Servo et al (2011), no caso da União, os recursos a serem aplicados na saúde, no ano 2000, seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Para os anos subsequentes, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Mesmo em face da existência de normas orçamentárias vinculantes relativamente à aplicação do orçamento em saúde, no ano de 2003 houve a promulgação da Emenda Constitucional, a de nº 42, que previu no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias a desvinculação de órgão, fundo ou despesa de vinte por cento da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que viessem a ser criados no referido período, seus adicionais e respectivos acréscimos legais³, com validade entre o período compreendido entre 2003 a 2007. Tratava-se da Desvinculação de Receitas da União - DRU.

A Desvinculação de Receitas da União - DRU não era novidade com a promulgação da Emenda Constitucional nº 42/2003, uma vez que em oportunidades anteriores já esteve presente no texto constitucional, como, por exemplo, em 1994, quando foi criado o Fundo de Estabilização Fiscal.

Assim, se de um lado o orçamento da Seguridade Social, de onde saem os recursos para financiar gastos em saúde, tem receitas pré-definidas e com percentuais fixos a serem destinados para o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, de outro lado também são criados mecanismos para reduzir parte dos recursos arrecadados, com a estratégia da Desvinculação de Receitas da União -

² Art. 77, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

³ Art. 76, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

DRU. É o que aponta a pesquisa realizada por Barbosa Ramos e Miranda Netto (2017), quando asseveram que a partir desse mecanismo da DRU, o Governo Federal permaneceu com a autorização constitucional para não aplicar 20% (vinte por cento) dos recursos que deveriam ser integralmente destinados à seguridade social.

A despeito de tal manobra orçamentária com a Desvinculação de Receitas da União prevista na Emenda Constitucional nº 42/2003, a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 manteve a previsão de repasses orçamentários ao Fundo Nacional de Saúde, a ser gerenciado pelo Ministério da Saúde, como acontecia no regramento anterior. No Relatório de Gestão do Exercício de 2012, do Fundo Nacional de Saúde, extrai-se a definição da principal atividade do Fundo, considerando-se a modificação legislativa mencionada (FNS, 2012, pág. 11):

Repasse dos créditos orçamentários e recursos financeiros destinados às ações e serviços públicos de saúde realizados pelos governos federal, estaduais, municipais e instituições sem fins lucrativos, caracterizando cooperação, auxílio ou assistência financeira do Ministério da Saúde, visando à realização de ações e programas de responsabilidade mútua.

Dados colhidos do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) da União, publicação do Tesouro Nacional, permitem visualizar os valores, em Reais, dos mínimos que a União deve aplicar em ações e serviços de saúde⁴. O período considerado é o mês de dezembro dos anos de 2012 a 2022, consoante quadro abaixo:

**Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) -
Mínimo Constitucional de Gasto com Saúde (R\$ bilhões)**

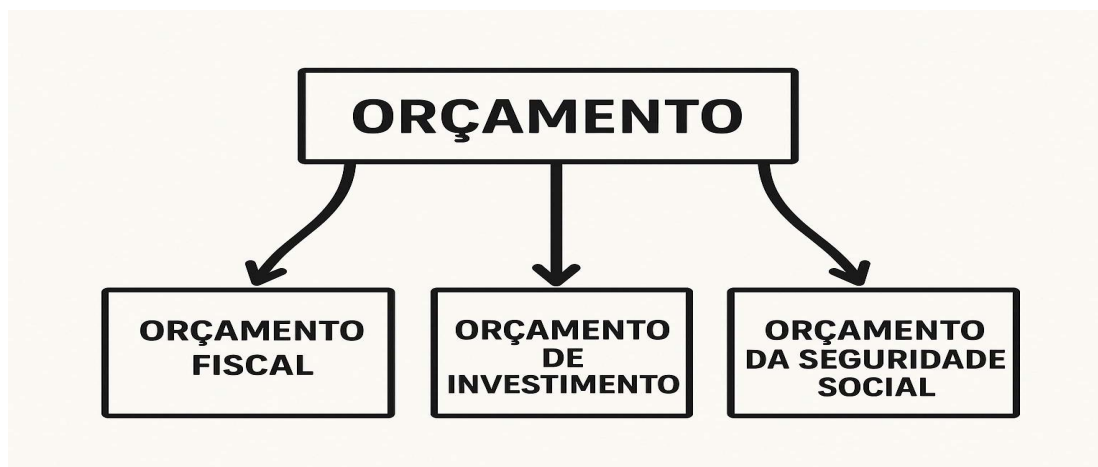
Período	Limite Mínimo (em dezembro)	Despesas executadas	% do Limite Atingido
Dezembro 2012	79,51	80,07	100,7%
Dezembro 2013	82,91	83,05	100,2%
Dezembro 2014	91,61	91,90	100,3%
Dezembro 2015	98,31	100,05	101,8%
Dezembro 2016	95,37	106,24	111,4%

⁴ O cálculo do mínimo é estabelecido pelo art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, observada a Lei Complementar nº 141/2012.

Dezembro 2017	109,09	114,70	105,1%
Dezembro 2018	112,36	116,82	104,0%
Dezembro 2019	117,29	122,27	104,2%
Dezembro 2020	121,25	160,99	132,8%
Dezembro 2021	127,03	179,08	141,0%
Dezembro 2022	139,81	151,86	108,6%

Fonte: Tesouro Nacional Transparente, Relatórios Contábeis e Séries Históricas - União, Anexo 12, <https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/contabilidade-e-custos/relatorios-contabeis-e-series-historicas-uniao>

Ressalte-se que as despesas com ações e serviços públicos de saúde não refletem todos os gastos do orçamento da Seguridade Social. Isso porque a Constituição Federal estabelece que a lei orçamentária anual da União compreenderá⁵: o **orçamento fiscal**; o **orçamento de investimento** das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; **orçamento da seguridade social**, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. A figura abaixo demonstra os planos orçamentários:



Fonte; elaboração própria

Assim, nos dizeres da Constituição Federal (1988), a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e

⁵ Art. 165, parágrafo quinto, da Constituição Federal.

à assistência social. Logo, é do orçamento da seguridade social que provêm os recursos para o financiamento das políticas públicas nas áreas de saúde, previdência e assistência social. A figura abaixo ilustra o funcionamento do orçamento da seguridade social:



Fonte: elaboração própria

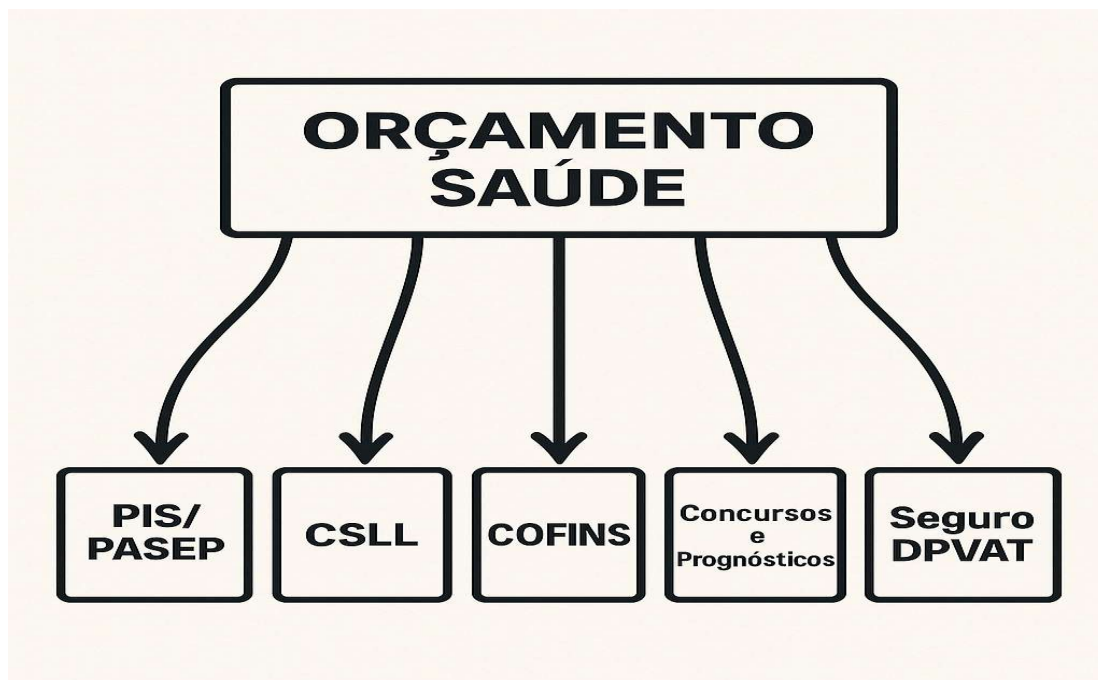
São recursos provenientes de parte do orçamento da seguridade social que serão destinados ao financiamento da saúde.

Os valores que integram o Orçamento da Seguridade Social são aqueles provenientes da arrecadação das: Contribuições Previdenciárias vinculadas ao Regime Geral da Previdência Social; Contribuições Previdenciárias vinculadas ao Regime Próprio dos Servidores Civis da União, suas fundações e autarquias; Contribuições Previdenciárias dos Militares; Contribuição para o PIS/PASEP; outras contribuições típicas da Seguridade Social; receitas vinculadas à Seguridade Social; Contribuição sobre Lucro Líquido - CSLL; Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS; contribuições para o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT; contribuições sobre os concursos e prognósticos; receita de royalties dos contratos assinados posteriormente a 03/12/2012 (Lei nº 12.858/2013); participação de seguro DPVAT (que deixou de ser cobrado em 2020); ressarcimento das operadoras de planos de saúde pelos atendimentos de seus clientes realizados nas unidades do SUS (art. 32, da Lei nº 9.656/1998); receitas oriundas do orçamento fiscal.

As contribuições vinculadas ao Regime Geral da Previdência Social, do Regime Próprio dos Servidores Civis da União, suas fundações e autarquias, e contribuições destinadas à reserva remunerada dos militares e pensionamento,

assim como as receitas vinculadas à Seguridade Social integram o Orçamento da Seguridade Social, mas não compõem o financiamento da saúde, dada a sua vinculação específica à previdência social dos trabalhadores, servidores e militares e à assistência social.

Logo, são as contribuições para o Programa de Integração Social e Formação do Patrimônio do Servidor Público PIS/PASEP, a Contribuição Sobre o Lucro Líquido - CSLL e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS, as contribuições sobre os concursos e prognósticos, a receita de royalties dos contratos assinados posteriormente a 03/12/2012 (Lei nº 12.858/2013), a participação de seguro DPVAT (extinto em 2020) que compõem o orçamento do Ministério da Saúde. Parte desses recursos integram os recursos orçamentários do Fundo Nacional de Saúde. Importante observar que nessa descrição não se está levando em conta as alterações promovidas pela Emenda Constitucional nº 132/2023, que altera o sistema tributário nacional, uma vez que o período objeto da pesquisa está compreendido entre 2012 a 2022. A figura abaixo permite visualizar melhor os recursos que financiavam a saúde até o ano de 2022:



Fonte: elaboração própria

O Ministério da Saúde, portanto, administra parte dos recursos orçamentários do orçamento da Seguridade Social. Os valores destinados à

administração do Ministério da Saúde custeiam investimentos na área da saúde e financiam a atenção básica à saúde, a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o Suporte Profilático e Terapêutico, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, a alimentação e a nutrição, outros. Para tanto, alguns recursos são empregados diretamente pelo Ministério da Saúde e outros são objeto de repasses para as entidades subnacionais (Estados e Municípios, via transferência fundo a fundo) e para entidades autárquicas (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, etc.), fundações (FIOCRUZ, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Butantan, etc.) e empresas públicas (Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, etc.), dentre outros. Percebe-se, portanto, que nem todo o valor orçamentário destinado ao Ministério da Saúde integra o orçamento do Fundo Nacional de Saúde.

E aqui importa fazer uma ressalva a respeito do que se trata de repasse Fundo a Fundo. Inicialmente, quando mencionamos o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, chamamos a atenção para o item 2 que falava dos Fundos de Saúde. Trata-se, além do Fundo Nacional de Saúde, dos Fundos Estaduais de Saúde e os Fundos Municipais de Saúde. Anteriormente à Constituição Federal de 1988 nem todos os estados federados e municípios contavam com fundos de saúde. Com a Constituição Federal de 1988 a sua criação foi prevista e as Leis nº 8.080/90, nº 8.142/90 e Lei Complementar nº 141/2012, juntamente ao texto constitucional, passaram a regular os requisitos mínimos para sua criação. O financiamento da saúde nos Estados e Municípios depende da existência dos respectivos fundos de saúde, porque muitos recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e fundos municipais. São as chamadas transferências fundo a fundo.

No relatório de gestão do Fundo Nacional de Saúde do ano de 2012 consta o conceito de transferências fundo a fundo (FNS, 2012, pág. 364):

“As transferências Fundo a Fundo caracterizam-se pelo repasse, por meio da descentralização de recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos da esfera Estadual, Municipal e do Distrito Federal, independentemente de celebração de convênio. As atividades de controle são realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, órgão responsável pela auditoria no âmbito do Ministério da Saúde, conforme artigo 35 do Decreto nº 7.797/2012. A regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi estabelecida pelo Decreto nº 1.651/1995.”

O panorama até aqui apresentado permite concluir a complexidade do sistema de financiamento do Sistema Único de Saúde. E é importante salientar também que não se aprofundará a respeito do estudo das transferências de recursos orçamentários existentes fundo a fundo, pois adentrar nesse estudo fugiria ao objeto da pesquisa aqui proposta.

Apresentado esse cenário geral da criação do Fundo Nacional de Saúde, do orçamento da Seguridade Social e a origem dos recursos que são efetivamente destinados ao Fundo Nacional de Saúde, sob a administração do Ministério da Saúde, importa anotar como são destinados os recursos integrantes do Fundo Nacional de Saúde.

A Lei nº 8.142/1990 é o regramento que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde foram classificados em (i) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; (ii) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; (iii) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; (iv) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, sendo essa cobertura destinada a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

E é na Lei nº 8.080/90, com as alterações posteriores, que constam os detalhes sobre a repartição do financiamento da saúde entre os entes subnacionais e a União⁶. Posteriormente, a Portaria GM/MS no 3.916, de 30 de outubro de 1998, estrutura a Política Nacional de Medicamentos.

Alterações posteriores da Lei nº 8.080/90 passaram a incluir algumas definições importantes que precisam ser anotadas aqui para o entendimento do

⁶ Ali fica claro que *na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde* (art. 33). A norma legal permite concluir que há cláusula aberta que permite que os recursos do Fundo Nacional de Saúde sejam provenientes de outras fontes, além do orçamento da Seguridade Social.

financiamento dos componentes da assistência farmacêutica. Por exemplo, a assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado. Também ficou estabelecido que *a responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite* (art. 19-U, Lei nº 8.080/90).

Com a edição da Lei Complementar nº 141/2012, mencionada mais no início desse capítulo, e diante da já estruturada Política Nacional de Medicamentos, através da Portaria GM/MS no 3.916/98, novas Portarias foram sendo expedidas pelo Ministério da Saúde para regular o financiamento dos componentes farmacêuticos.

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 é a que apresenta a classificação dos tratamentos e a responsabilidade financeira pelo seu custeio. Entre todos os itens classificados na Portaria de Consolidação nº 2/2017, daremos enfoque para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, uma vez que um dos grandes destaques nas pesquisas sobre judicialização da saúde é a postulação de componentes farmacêuticos.

A assistência farmacêutica é um dos componentes da assistência à saúde e, no Brasil, foi se desenvolvendo conjuntamente com os Institutos de Previdência, ou seja, no mesmo período histórico. Na década de 1970, em pleno regime militar, foi criada a RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, obedecendo às diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS.

Com a criação do Sistema Único de Saúde- SUS, após o advento da Constituição Federal de 1988, os medicamentos integrantes da assistência farmacêutica receberam uma classificação específica, consoante o fim a que se destinam. A responsabilidade financeira dos entes subnacionais e da União ficou atrelada à finalidade dos medicamentos integrantes no RENAME - Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais.

Consta no RENAME (2022):

A disponibilidade ambulatorial de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sendo: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado, que possuem características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização dos fármacos.

Percebe-se que a assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde está amparada em um tripé, correspondente ao componente farmacêutico básico (Cebaf), ao componente farmacêutico estratégico (Cesaf) e ao componente farmacêutico especializado (Ceaf).

O componente farmacêutico básico (Cebaf) refere-se a medicamentos mais comuns, destinados à atenção básica da população em geral, que a legislação denomina de Atenção Primária à Saúde. Em geral, os municípios são responsáveis por sua aquisição, com recursos do próprio município ou do Fundo Municipal de Saúde, mediante repasses fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Todavia, pode haver convenção entre os entes subnacionais e a União relativamente ao financiamento e aquisição de itens específicos que compõem a Atenção Básica à Saúde.

Já o componente farmacêutico estratégico (Cesaf) diz respeito a medicamentos para tratamento de doenças com maior impacto social, no sentido de que sendo infecto-contagiosas, contribuem para atingir um maior número de pessoas com potencial incapacitante. Como exemplo, estão os medicamentos destinados ao tratamento de tuberculose, hanseníase, dengue, influenza, hepatites, vacinas em geral, etc. O Ministério da Saúde adquire esses medicamentos a partir de diferentes áreas de atuação.

Por fim, o componente farmacêutico especializado (Ceaf) diz respeito a medicamentos para o tratamento de doenças crônico-degenerativas, assim como doenças raras. Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (Ceaf) estão subdivididos em três grupos e o seu financiamento também está relacionado a essa subdivisão. Em geral, a maior parte das questões envolvendo a judicialização da saúde envolve os medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Importante mencionar que

medicamentos de uso hospitalar, em sua maior parte, não integram a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais.

Da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 extrai-se a subdivisão relativamente ao componente especializado da assistência farmacêutica, que se reproduz abaixo:

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, os quais são fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Fica evidente que o Ministério da Saúde tem responsabilidade pelo financiamento dos componentes farmacêuticos do Grupo 1, A e B, sendo que os medicamentos do Grupo 1A são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e destinados aos Estados subnacionais para que se organizem quanto à sua programação, ao seu armazenamento, à sua distribuição e à sua dispensação. Os medicamentos do Grupo 1B não são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde, mas esse Ministério repassa o valor da sua aquisição, através de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, para que os Estados subnacionais, por suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, adquiram-nos.

A apresentação desse contexto histórico no desenvolvimento do Fundo Nacional de Saúde, dos regramentos relativamente ao orçamento público da Seguridade Social e também do Fundo Nacional de Saúde, da Política Nacional de

Assistência Farmacêutica e sua estruturação são temas que permitem pesquisas diversas.

No contexto desse trabalho de pesquisa, que envolve a judicialização da saúde, tais informações são necessárias para demonstrar que há um sistema estruturado em legislação e portarias, envolvendo o Poder Executivo para a compra e fornecimento de medicamentos, tanto de forma centralizada, através do Ministério da Saúde, como de forma descentralizada, ou seja, envolvendo Estados subnacionais, Distrito Federal e Municípios.

À medida que esse sistema estruturado falha no alcance da assistência farmacêutica à população, inicia-se o fenômeno que se denominou chamar de judicialização da saúde, que será examinado no próximo tópico dessa pesquisa.

2 A Judicialização da Saúde

O estudo da judicialização de políticas públicas, no Brasil, vai desenvolvendo-se a partir da nova ordem constitucional decorrente da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 e das reformas administrativas que se seguiram na década de 1990 (Oliveira, 2005). O fenômeno segundo o qual o Poder Judiciário passa a ser um ator a ser considerado no campo das políticas públicas decorre do modelo constitucional norte-americano, na medida em que o controle da constitucionalidade das leis é atribuição da suprema corte de um país (Tate e Vallinder, 1995). Todavia, Oliveira (2005), ao traduzir a obra de Tate e Vallinder (1995) resume que “só há judicialização quando juízes apresentam uma postura política ou ideológica contrária àquela predominante nas instituições majoritárias, opondo-se, assim, às políticas por estas adotadas”.

No final do século passado e no início do presente século, o fenômeno da judicialização de políticas era considerado um evento raro e, nas palavras de Oliveira (2005), naquele momento encontrava-se em estágio embrionário no Brasil, com decisões que favoreciam as políticas governamentais.

Todavia, passados os primeiros anos do presente século XXI e havendo a amplitude de acesso ao Poder Judiciário, a manutenção e desenvolvimento de direitos fundamentais, assim como a alteração do cenário político existente no final

do século XX, o tema da judicialização de políticas desenvolve-se como um fenômeno a ser estudado no campo da ciência política e das políticas públicas.

Oliveira e Couto (2016) descreveram a judicialização de políticas “como a crescente utilização do sistema de justiça nos casos em que a atuação dos poderes Legislativo e/ou Executivo é percebida por atores políticos e sociais como falha, omissa ou insatisfatória”. Nessa perspectiva, há uma interação entre os atores envolvidos na judicialização de políticas, que pode estar caracterizada pela aproximação ou distanciamento, segundo Oliveira (2019), gerando entrelaçamento institucional (cooperação interinstitucional) ou mesmo objeção institucional, com contraposição (quando há o distanciamento dos atores envolvidos). Como causa da judicialização de políticas, Oliveira (2019) aponta que pouco se sabe para além das falhas na implementação de políticas.

A judicialização de políticas pode ser constatada nas mais diversas áreas em que haja contrapontos entre a ação governamental, regras constitucionais e/ou legislativas vigentes e interesses de atores que são atingidos pela ação governamental, como por exemplo, na área de assistência social, na área da educação, na área da previdência social, na área da saúde.

Relativamente à judicialização da saúde, objeto de estudo neste capítulo, é possível destacar três abordagens feitas pelos pesquisadores de políticas públicas: (i) pesquisas que analisam o mérito das decisões judiciais proferidas na área da saúde e fazem uma classificação das decisões proferidas ao longo do tempo, como por exemplo os trabalhos desenvolvidos por Wang (2013, 2015 e 2018), Wang e Vasconcelos (2014); (ii) pesquisas que analisam o perfil das demandas sobre saúde em determinado período de tempo, como por exemplo relatório do Conselho Nacional de Justiça (2019); (iii) pesquisas relacionadas à dinâmica política da conjuntura para explicar a variação nas formas e na intensidade em que o Poder Judiciário é mobilizado para participar do processo decisório, como em trabalho desenvolvido por Taylor e Da Ros (2008), Madeira (2014 e 2016) e Ribeiro e Arguelhes (2019).

Outro aspecto da judicialização da saúde como judicialização de políticas é apresentado por Cunha (2020), que faz uma revisão sobre “o panorama descritivo da relação entre o direito à saúde constitucionalizado e o direito à saúde

judicializado, destacando quatro fases das decisões do Supremo Tribunal Federal (STF), com suas respectivas consequências e impactos na formação de um conceito normativo do direito à saúde”.

Por fim, serão apresentados os parâmetros definidos pela suprema corte para o fornecimento de medicamento através da via judicial, através do julgamento do recurso extraordinário representativo da controvérsia nº 1.366.243 - Tema 1.234.

Apontadas essas estampas da pesquisa sobre judicialização da saúde, passa-se a apresentar mais detalhadamente cada uma delas nos tópicos seguintes.

2.1 Pesquisas que analisam o mérito das decisões judiciais proferidas na área da saúde

Quando se inicia o estudo sobre a judicialização da saúde no Brasil importa ter em mente que o país conta com um regramento constitucional que declara o direito à saúde como um direito fundamental (artigos 6º e 196, da Constituição Federal de 1988). A elevação da saúde ao status de um direito fundamental constitucionalizado abriu espaço ao longo do tempo para que a discussão das políticas públicas implementadas pelo Estado brasileiro na área de saúde fossem objeto de exame pela corte constitucional do país, o Supremo Tribunal Federal - STF.

Considerando que é a corte suprema do Brasil, o STF, que vai estabelecer a amplitude ou a limitação das normas constitucionais vigentes, por certo que a pesquisa da judicialização da saúde vai analisar as decisões da corte constitucional relativamente ao tema.

Um dos trabalhos mais destacados cujo enfoque foram as decisões da suprema corte brasileira relativamente ao direito à saúde foi realizado por Wang (2013), que examinou as decisões judiciais proferidas no período compreendido entre 1997 a 2010.

Segundo Wang (2013), num primeiro momento (entre 1997 a 2006), a suprema corte recusou-se a estabelecer limites ao direito à saúde, adotando uma abordagem centrada no paciente e no direito por ele defendido, não examinando a questão da escassez de recursos públicos, compensações e custos de

oportunidade no fornecimento de tratamento ou medicação por parte do poder público. Esse período foi marcado pela absolutização da saúde, O autor mencionado aduz que é equivocado pensar que os casos de direito à saúde são conflitos individuais de direito à saúde versus o interesse financeiro do Estado, mas que o correto é perceber o conflito como uma tensão entre as diferentes necessidades dos cidadãos competindo por recursos públicos. Nessa lógica, a pergunta central deve ser qual a prioridade deve ser atribuída à necessidade individual quando comparada à necessidade dos demais integrantes da coletividade.

Ainda seguindo a pesquisa realizada por Wang (2013), ela apontou que num segundo momento a abordagem da suprema corte brasileira foi modificada e entre 2006 a 2009 houve decisões judiciais, ainda que não tenham sido a maior parte delas, que passaram a fazer uma abordagem centrada na população, ou seja, na coletividade, estabelecendo como critério a listagem oficial de medicamentos aprovada pelo Ministério da Saúde, que são de obrigatoriedade de fornecimento pelo Estado. Na última parte temporal da pesquisa realizada por Wang (2013), que compreende o período entre 2009 a 2010, ele constatou que houve uma definição de critérios pela suprema corte para o Estado alcançar tratamentos aos cidadãos. Naquele momento fixou-se que: (i) o fármaco deveria estar incluído no protocolo de tratamento da política pública; (ii) deveria haver comprovação da segurança, eficácia e qualidade do fármaco através do reconhecimento pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); (iii) a utilização do tratamento deveria ter por base o consenso científico, não sendo um tratamento experimental; (iv) existência de prova de que o tratamento postulado é adequado ao postulante com base nas suas necessidades específicas; (v) o tratamento deve ter sido utilizado por algum tempo e com eficácia, ainda que não tenha sido incorporado ao protocolo do Sistema Único de Saúde.

As constatações e classificações realizadas pela pesquisa de Wang (2013) abriram caminho para novas discussões relativamente à judicialização da saúde. Wang (2015) ressaltou que pleitos individuais podem criar um efeito indesejado no sistema público de saúde, tornando-o ineficiente; que a comparação das diferentes respostas dadas aos litígios permite concluir que as respostas a demandas individuais não levam em consideração a racionalidade da alocação de recursos, ao

passo que as respostas a demandas coletivas consideram os efeitos estruturais da decisão e seu impacto na coletividade; que os efeitos das decisões judiciais em termos de gasto público ao longo dos anos é algo a ser considerada; que se estabeleceram dois tipos de sistema público de saúde: a dos cidadãos com capacidade para litigar e obter acesso aos tratamentos de alto custo e a dos cidadãos cujo acesso ao Poder Judiciário é limitado e não têm condições financeiras para litigar na obtenção de tratamento médico inicialmente negado pelo serviço público de saúde.

No que diz respeito à alocação de recursos escassos, a judicialização da saúde e a necessidade de estabelecer critérios racionais para o investimento de recursos públicos no sistema público de saúde remetem à ideia da tragédia dos comuns, apresentada inicialmente por Hardin (1968) e posteriormente abordada por Ostrom (1999).

Ainda que a ideia original da tragédia dos comuns tenha sido aplicada aos recursos naturais, classificados como bens públicos, e à possibilidade de sua escassez no longo prazo, por certo que a justificativa para a regulação de seu uso é a mesma para que sejam estabelecidos critérios na aplicação de recursos públicos escassos na área de saúde. Isso decorre do fundamento do próprio sistema único de saúde, que é a sua universalização, ou seja, a possibilidade de acesso universal pelos cidadãos de tal modo que a saúde passa a ser entendida socialmente como um bem público. Nessa lógica e segundo o conceito de bem público da teoria institucionalista apresentada por Sabbagh (2012, p.1628), trata-se de:

“um recurso cuja utilização não gera uma subtração perceptível do total e que pode ser usado conjuntamente, sendo difícil a exclusão, pois o uso por uma pessoa não limita o uso por outra. São bens que geram vantagens indivisíveis em benefícios de todos. E, na mesma lógica, os recursos de acesso comum referem-se a recursos naturais ou feitos pelo homem, que podem ser subtraídos e para os quais é difícil excluir um usuário por serem suficientemente grandes, mas sua superexploração afeta sua integridade, dependendo de instituições que possam garantir seu manejo sustentável”.

Em última análise, a questão da judicialização da saúde passa pela discussão do papel dos cidadãos em postular o direito à saúde como um bem comum, o papel do Poder Judiciário em aceitar tal premissa de forma absoluta ou estabelecer limites para o atendimento das demandas, ou ainda respeitar as

decisões de governo sobre a racionalidade na utilização dos recursos, e o papel dos governos no desenho da política pública de saúde, determinação de critérios para o seu alcance à população (com limites e provisão da política de bem-estar).

Percebe-se que a questão da judicialização da saúde passou a exigir uma resposta institucional em razão do seu grande impacto nas políticas de cuidado à saúde. E sob esse aspecto, Wang (2015) aponta três medidas institucionais para controlar o impacto negativo no sistema público de saúde. Segundo ele, duas medidas foram provenientes do Poder Judiciário e uma terceira do Poder Legislativo através da Lei nº 12.401/2011. As medidas tentaram estabelecer uma restrição à esfera de atuação judicial.

Segundo Wang (2015), a medida encontrada pela corte suprema foi a realização de audiência pública para debater a questão junto aos experts no tema e a cidadãos interessados na causa, resultando em um regramento para a postulação de tratamento em juízo. Integrado às medidas do Poder Judiciário, está a atuação do Conselho Nacional de Justiça, órgão regulatório e administrativo, que passou a estabelecer recomendações a serem seguidas por todas as esferas judiciais do país, destacando-se a Recomendação 31/2010.

A edição da Lei nº 12.401/2011 pelo Poder Legislativo passou a prever que o Sistema Único de Saúde somente pode dispensar medicamentos por ele incorporados e criou uma instituição responsável por analisar tecnologias de saúde que devem, ou não, ser incorporadas ao sistema único de saúde, denominada CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Após a resposta institucional para o fenômeno da judicialização da saúde, Wang, Vasconcelos, Oliveira, Terrazas (2014) examinaram os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo no ano de 2011. O pesquisador e as pesquisadoras escolheram o município de São Paulo por ser um dos maiores da América Latina e que também tem um sistema público de saúde bem estruturado e uma boa organização de dados disponibilizados publicamente. Os resultados encontrados foram no sentido de que no ano de 2011 “por volta de 55% (R\$ 4.856.794,85) dos recursos gastos pelo município para cumprir decisões judiciais

servem ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte das listas da União e dos estados” (Wang, Vasconcelos, Oliveira, Terrazas, 2014, p. 1198).

Essa constatação é importante porque havendo regramento federativo para o custeio de medicamentos e insumos por parte da União e dos entes federados, com delimitação específica sobre a parcela de participação orçamentária de cada ente (componente farmacêutico básico (Cbaf) - custeio municipal, componente farmacêutico estratégico (Cesaf) - custeio estadual, e o componente farmacêutico especializado (Ceaf) - custeio federal, como já apontado no primeiro capítulo desta dissertação), o que se observa é que as decisões judiciais que atribuem aos municípios a determinação de fornecimento de medicamentos e insumos que não integram o componente farmacêutico básico, por exemplo, obrigam o ente municipal a custear aquilo que é de responsabilidade do Estado federado ou da União, incrementando o gasto público municipal na área de saúde sem que tenha havido provisão orçamentária para tanto. Ao mesmo tempo, o Estado federado ou a União deixam de custear aquilo que estava previsto como sua responsabilidade orçamentária, a depender da classificação do medicamento ou insumo objeto da determinação judicial.

A constatação da pesquisa realizada por Wang, Vasconcelos, Oliveira, Terrazas (2014) considerando apenas o ano de 2011 no município de São Paulo permite pensar sobre o alto grau do impacto orçamentário dessas decisões judiciais sobre fornecimento de medicamentos em todos os municípios do país. E do mesmo modo que ocorre com os municípios, de terem de custear medicamentos e insumos de competência orçamentária dos Estados federados e da União, ocorre também com os Estados federados quando são forçados a custear medicamentos e insumos de responsabilidade da União ou mesmo dos municípios.

Na terceira parte desta dissertação serão apresentados dados relativamente aos anos de 2012 a 2022 em termos de gastos orçamentários anual da União para a saúde e o número de novas ações judiciais de saúde por ano para o período.

Todavia, antes de se adentrar nessa parte da pesquisa, convém ainda trazer à baila as pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça sobre o perfil das demandas sobre saúde, uma vez que tal circunstância também produz efeito sobre

a resposta institucional que o Poder Judiciário vem oferecendo ao longo dos anos de judicialização da saúde.

2.2 Pesquisas que analisam o perfil das demandas sobre saúde em determinado período de tempo

Uma vez que o Poder Judiciário é composto de órgãos institucionalizados (Tribunais de Justiça dos Estados federados, Tribunais Regionais Federais, Superior Tribunal de Justiça, Supremo Tribunal Federal, Conselho da Justiça Federal, Conselho Nacional de Justiça, etc.) assim como todo o sistema de justiça brasileiro (Defensorias Públicas dos Estados federados e Defensoria Pública da União, Ministérios Públicos dos Estados federados e Ministério Público Federal, Procuradorias dos Estados Federados, Procuradoria Federal, Advocacia Geral da União, Tribunais de Contas dos Estados federados e Tribunal de Contas da União) a judicialização da saúde passa a receber resposta institucional dos atores envolvidos no sistema de justiça, para além da política pública de saúde governamental contestada judicialmente nas ações judiciais.

Em sua pesquisa publicada em 2015, Wang (2015) já apontava a existência de duas dimensões da judicialização da saúde: ações individuais e ações coletivas. Vasconcelos (2021), ao estudar a judicialização da saúde nos estados federados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina no período até dezembro de 2017 constatou que o perfil da judicialização era semelhante nos quatro estados-federados, com a maior parte das ações judiciais tendo caráter individual e com ganho de causa na primeira e na segunda instâncias.

Diante desse fenômeno em termos de ações judiciais individuais cujo objeto é a postulação de tratamento médico, fornecimento de medicamentos ou insumos, o Conselho Nacional de Justiça, órgão regulador do Poder Judiciário, passou a atuar para conhecer o fenômeno relativamente às ações judiciais que passaram a incrementar a demanda junto ao Poder Judiciário como um todo.

A Resolução nº 107/2010 do CNJ instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Entre 14 e 16 de maio de 2014, o Conselho Nacional de Justiça realizou a I Jornada de Direito

da Saúde, elaborando Enunciados como forma de guiar a atuação de magistrados e advogados na área em questão.

Posteriormente, juntamente com o INSPER - Instituto de Ensino e Pesquisa, o Conselho Nacional de Justiça realizou uma pesquisa sobre o perfil da judicialização da saúde (INSPER e CNJ, 2019). A constatação da pesquisa realizada foi no sentido de que a ausência de trabalhos em âmbito nacional não permite concluir pela variabilidade regional e interpretativa sobre a judicialização da saúde e que se faz necessária “a presença de dados agregados nacionais, que construam um quadro sistemático e confiável do fenômeno” (INSPER e CNJ, 2019, p. 118).

Em face dessa dificuldade relativamente à obtenção de dados agregados nacionais, a pesquisa do Conselho Nacional de Justiça concentrou-se em averiguar a intensidade de judicialização da saúde, considerando o tribunal e o ano e a quantidade de novas ações judiciais distribuídas por tribunal, apontando um índice regional de judicialização da saúde.

O quadro a seguir foi extraído da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça e o INSPER e permite visualizar a variabilidade dos dados por

região e por ano considerado (INSPER e CNJ, 2019, p. 121):

TJ	REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	MÉDIA
TJMS	Centro-Oeste	2,16	28,62	47,95	79,28	112,40	154,45	148,61	211,90	214,70	111,12
TJCE	Nordeste	11,29	10,72	15,86	28,00	46,55	52,63	165,75	65,19	310,68	78,52
TJRN	Nordeste	44,38	66,47	78,75	76,95	74,51	82,47	72,13	77,64	116,68	76,67
TJPE	Nordeste	25,48	28,13	36,61	92,13	132,55	59,62	53,94	63,88	66,09	62,05
TJMT	Centro-Oeste	66,12	77,85	64,86	72,61	67,60	83,02	46,18	45,23	33,58	61,89
TJSC	Sul	3,76	6,21	7,68	14,08	29,69	67,80	102,80	121,37	175,73	58,79
TJAL	Nordeste	14,13	38,35	35,09	60,94	35,41	19,27	48,58	87,38	85,05	47,13
TJMA	Nordeste	34,16	62,50	62,51	51,20	34,66	37,79	31,66	32,18	34,44	42,34
TJSP	Sudeste	9,08	18,74	22,55	33,46	37,86	44,57	48,47	47,72	52,03	34,94
TJRO	Norte	0,00	11,53	14,34	36,41	71,23	17,61	25,73	0,17	0,00	19,67
TJTO	Norte	0,07	0,29	3,00	7,27	12,18	16,97	31,09	38,10	38,70	16,41
TJRJ	Sudeste	114,98	24,72	0,14	0,09	0,25	0,70	1,10	0,73	1,03	15,97
TJAC	Norte	0,00	0,41	1,21	5,80	14,94	27,46	21,78	31,47	32,06	15,01
TJDF	Centro-Oeste	0,00	0,04	0,11	0,38	0,93	1,54	4,67	19,65	87,61	12,77
TJMG	Sudeste	1,92	3,20	3,86	5,84	8,92	9,64	10,87	17,26	26,26	9,75
TJPI	Nordeste	0,22	0,22	0,22	0,38	0,72	1,25	2,09	1,28	1,89	0,92
TJES	Sudeste	0,09	0,23	0,25	0,28	0,81	0,62	0,79	1,16	1,67	0,65
Total		24,40	20,34	19,97	29,59	35,71	35,95	45,41	43,68	67,04	35,79

Figura 55: Número de Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI)35 a cada 100mil Habitantes

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados (número de processos relativos a saúde por UF) e dados Justiça em Números (número de habitantes dividido por 100.000).

Fonte: INSUPER e CNJ, 2019, p. 121.

O Conselho Nacional de Justiça apurou ainda, através da pesquisa realizada, que os estados federados com maior número de ações coletivas não são os entes federados com o maior número de processos judiciais sobre saúde. Por outro lado, os estados federados com maior número de processos judiciais sobre saúde possuem o menor número de ações coletivas (INSUPER e CNJ, 2019). Tal fenômeno corrobora a constatação de Wang (2009), de que a maior parte das ações sobre saúde são ações individuais, cuja consequência é a onerosidade do sistema como um todo.

A pesquisa realizada pelo CNJ e INSUPER (2019) considerou, ainda, as demandas que se relacionam ao sistema único de saúde e as demandas que estão relacionadas ao sistema suplementar de saúde (que envolvem os planos de saúde, melhor dizendo) e os dados coletados permitiram concluir que o setor privado costuma antecipar as decisões de segunda instância, de tal sorte que há menos

recursos para a segunda instância quando a discussão envolve planos de saúde. Como resultado desse comportamento, a pesquisa pode constatar que uma vez que a maior parte dos pesquisadores utiliza julgamentos proferidos pela segunda instância, em que o volume de recursos interpostos trata do sistema público de saúde e não do sistema suplementar de saúde, o resultado das pesquisas realizadas pode ter um viés que não reflita a realidade da primeira instância.

A despeito de tal circunstância, a pesquisa do INSPER e CNJ (2019) pode observar que a postulação por medicamentos diz respeito a 91% das demandas na área de saúde pública, ou seja, considerando o sistema único de saúde e que a maior parte dos medicamentos postulados integra a lista de medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde e que as demandas são majoritariamente individuais.

Por fim, os pesquisadores e as pesquisadoras envolvidos no trabalho realizado pelo Conselho Nacional de Justiça e pelo INSPER observaram a existência de desconexão entre as políticas públicas de saúde formuladas nas instâncias competentes e as decisões judiciais exaradas, tendo sido identificado as seguintes situações daí decorrentes:

i) o aumento contínuo das demandas judiciais em saúde ii) a alta sensibilidade social e emocional do tema; iii) o desconhecimento do ordenamento jurídico sanitário, especialmente das políticas públicas aplicáveis aos casos concretos; iv) a presença de diversos atores institucionais no campo da saúde que são determinantes para a efetividade da prestação jurisdicional e; v) a falta de acesso rápido e fácil às informações estratégicas, por parte dos juízes, para que possam fundamentar suas decisões. (INSPER e CNJ, 2019, p. 144-145).

No relatório da pesquisa do CNJ e INSPER (2019) foram apontados algumas da políticas públicas de saúde consideradas relevantes e alguns agentes institucionais relevantes a serem considerados, consoante quadros abaixo:

Políticas Públicas Normatizadas pelo Ministério da Saúde
Política Nacional de Assistência Farmacêutica
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras
Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas
Política Nacional de Atenção Básica

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares nos SUS
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Relação Nacional de Serviços de Saúde
Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
Política Nacional de Atenção Hospitalar

Fonte: INSPER e CNJ, 2019, p. 148.

Instituição	Descrição Sumária
Ministério da Saúde	Direção nacional do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível nacional.
Conselho Nacional de Saúde	
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC)	Avaliação de Tecnologias em Saúde para incorporação no SUS. Formulação de PCDT.
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Direção nacional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Registro sanitário de tecnologias em saúde (ex.: medicamentos)
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	
Câmara de Regulação do mercado de Medicamentos - ANVISA	
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	Estabelece as normas gerais aplicáveis a pesquisas clínicas.
Secretaria Estadual de Saúde	Direção estadual do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível estadual. Assistência à Saúde
Conselho Estadual de Saúde	
Secretaria Municipal de Saúde	Direção municipal do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível municipal. Assistência à saúde.
Conselho Municipal de Saúde	
Comissão Intergestores Tripartite	
Comissão Intergestores Bipartite	
Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)	

O trabalho desenvolvido pelo CNJ e INSPER (2019) permite concluir que o sistema de saúde está bem estruturado em termos de políticas públicas, o que não impede que haja falhas na implementação das políticas públicas, as quais resultem no ajuizamento de ações individuais e coletivas para a obtenção de direitos já delineados. Certamente, há situações em que o direito postulado escapou à política pública de saúde, seja pela ausência de sua previsão, seja pela decisão política de não integrá-lo à política pública, seja pelo fato de ser algo ainda inovador no campo da saúde. Para tais situações haverá a judicialização da demanda de saúde e o Poder Judiciário deverá avaliar a pertinência, ou não, do direito postulado.

O diagnóstico apresentado pela pesquisa do CNJ e INSPER (2019) vai ao encontro das pesquisas realizadas previamente e daquelas que ainda se encontravam em andamento naquele momento pré-pandêmico, uma vez que a pandemia de COVID-19 trouxe novos elementos ao cenário das políticas públicas de saúde.

Para acompanhar a judicialização da saúde, em de agosto de 2022, o Conselho Nacional de Justiça lançou o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde⁷. A ferramenta reúne informações sobre ações judiciais de saúde pública e suplementar no Brasil a partir de dados existentes na Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (Data Jud) relativamente ao período de 2020 em diante.

Se por um lado os dados estatísticos do Poder Judiciário parecem ser recentes, o fenômeno da judicialização da saúde certamente não o é, como as pesquisas a que se fez referência ao longo do presente texto demonstraram.

Nos tópicos seguintes será examinada a atuação do Poder Judiciário como ator institucional no campo de políticas públicas de saúde.

⁷<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ac83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu.currsel>

2.3 Pesquisas relacionadas à dinâmica política da conjuntura para explicar a variação nas formas e na intensidade em que o Poder Judiciário é mobilizado para participar do processo decisório

O sistema de justiça do Brasil não é formado exclusivamente pelo Poder Judiciário e as instituições que o integram, uma vez que o seu funcionamento depende da ação de agentes externos a esse poder de estado. Uma ação judicial, para ser intentada, requer a intervenção de um cidadão ou uma cidadã, através da representação de seu advogado ou advogada. Se uma pessoa não puder constituir um advogado ou uma advogada por questões financeiras, poderá ser representada pela Defensoria Pública do Estado ou pela Defensoria Pública da União, conforme a causa seja da competência da justiça estadual ou da justiça federal, respectivamente. Observe-se que até aqui já mencionamos três atores capazes de impulsionar o Poder Judiciário: advogados e advogadas, defensoria pública estadual e defensoria pública da União.

Além desses atores, também são capazes de impulsionar o sistema de justiça o Ministério Público, que pode ser um organismo constituído nas esferas estaduais (Ministério Público Estadual, cada ente federado conta com um) ou federal (Ministério Público da União). Mais dois atores aqui apresentados.

Ainda, há os órgãos de representação e defesa dos Poderes Executivos municipal, estadual e federal: Procuradorias Municipais, Procuradorias Estaduais, Advocacia Geral da União e Procuradorias Federais.

Importante mencionar também os órgãos de controle, como os Tribunais de Contas dos Estados federados e o Tribunal de Contas da União, os quais contam com Ministério Público de Contas.

Por fim, há os órgãos de classe, como sindicatos e Conselhos Federais de categoria profissional e a Ordem dos Advogados do Brasil.

Ampliando-se o foco com o qual o sistema de justiça brasileiro é estudado, percebe-se que há inúmeros atores que o compõem, impulsionam e atuam para a realização da prestação jurisdicional pelo Poder Judiciário em si, que precisa responder às demandas que a ele chegam.

Taylor (2007) ao apresentar três dimensões de relevância da atuação dos tribunais para a ciência política⁸, enfoca o seu trabalho na dimensão madisoniana, buscando entender a formação e adoção de políticas públicas e o impacto da atuação do Poder Judiciário na formulação das políticas públicas. Sua conclusão, no contexto do início do século XXI, foi no sentido de que o Judiciário era “acionado constantemente, tanto com base na Constituição quanto na legislação infraconstitucional, para deliberar sobre políticas públicas contenciosas” (Taylor, 2007, p. 235) e esse acionamento ocorria especialmente por minorias que não haviam sido representadas no processo decisório da formação da política pública contestada ou que deixavam de ser contempladas pela política pública. Tal circunstância corrobora o fato de que o Poder Judiciário seja percebido como um ator a ser estudado quando se trata de formulação e implementação de políticas públicas.

Taylor e Da Ros (2008), ao estudarem o papel do Supremo Tribunal Federal como ator no campo de políticas públicas, comparando os dois primeiros períodos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002) e um período e meio do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006/2007-abril de 2008) buscaram investigar os diferentes padrões de judicialização da política em contextos institucionais similares. Taylor e Da Ros (2008) apontaram como justificativa para o acionamento judicial: o uso político da via judicial, que denominaram judicialização como tática de oposição; a judicialização como meio de arbitragem de interesses em conflito; e a judicialização como instrumento de governo.

Madeira (2014), avançando a pesquisa a respeito do papel do Supremo Tribunal Federal como ator político, examinou ações judiciais relativamente ao período compreendido entre 2003 a 2013, buscando entender porque o Poder Judiciário passa a ser um espaço decisivo de mobilização e aponta que isso provavelmente decorre em razão de lacunas existentes na administração estatal. Madeira (2014) aponta, também, que a participação das cortes judiciais pode ocorrer tanto no momento da implementação das políticas públicas, como também

⁸ Os tribunais agem em três dimensões de relevância para a ciência política, que podem ser descritas como as dimensões hobbesiana, smithiana e madisoniana. Estas dimensões têm impactos importantes, respectivamente, no monopólio da violência pelo Estado, nas regras de funcionamento da economia e na relação entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. (Taylor, 2007, p. 230).

antes do início do ciclo de políticas públicas, ou seja, quando a política a ser adotada ainda está sob debate e não foi definida.

Nessa seara, Madeira (2014, p. 64 e 69) investigou a atuação da Suprema Corte brasileira sob dois aspectos: “como um ator de veto ou como um ator de governança, responsável pela execução da agenda política do Poder Executivo” e considerando os três setores de políticas públicas mais judicializados: “saúde, educação e assistência social”. Sendo a judicialização da saúde objeto desta pesquisa, as conclusões da pesquisadora mencionada que se destacam foram no sentido de que “a maior atuação do STF encontra-se na fase de implementação de políticas públicas, partindo da premissa de que garantias constitucionais constroem a atuação judicial” (Madeira, 2014, p. 79) e a sua conclusão foi no sentido de que não se pode definir o seu padrão de atuação como sendo ator de veto ou ator de governança (Maderia, 2014, p.83).

Ainda, Madeira (2016, p. 164), ao pesquisar a judicialização na área da saúde, distinguiu quatro modelos de litigância em direitos no Brasil:

(a) o primeiro modelo é o das ações por acesso a medicamentos e tratamentos postulada individualmente tanto pelas classes médias quanto por indigentes, que costumam ser favoráveis e trazer problemas de compliance que, geralmente, são superados apenas pelas classes médias e seus advogados; (b) o segundo é o das ações públicas promovidas pelo Ministério Público demandando remédios estruturais; são frequentemente rejeitadas pelas cortes por interferir em competências do Executivo; (c) o terceiro é a litigância organizada em setores específicos (como o das ONGs que postulam medicação para a Aids) que demandam, também, ações individuais com alto nível de compliance; (d) o último modelo é o que emergiu, primeiramente, através do MP e, atualmente, também, através da Defensoria Pública e das cortes, buscando evitar procedimentos judiciais formais e negociando soluções diretamente com autoridades públicas e outros atores judiciais envolvidos. Este modelo introduziria efeitos erga omnes, garantindo efeitos diretos e impacto imediato na formação da política (HOFFMANN; BENTES, 2008, p. 143).

Ribeiro e Arguelhes (2019), ao examinarem a atuação do Supremo Tribunal Federal, constatam que a judicialização pode ter natureza duplamente coletiva ou duplamente individual considerando o ente que aciona o respectivo tribunal (ator relevante coletivo ou ator individual) e o efeito da decisão proferida pelo tribunal (se coletivo ou individual). Isso importa especialmente quando as decisões proferidas pelo Poder Judiciário têm impacto coletivo, ainda que as postulações sejam individuais. Os autores apresentam também os fatores que podem configurar a intensidade da judicialização, consoante quadro abaixo extraído da sua pesquisa:

FATORES QUE CONFIGURAM A INTENSIDADE DA JUDICIALIZAÇÃO		
DESENHO INSTITUCIONAL DO PODER JUDICIÁRIO	DINÂMICA POLÍTICA (FATORES EXPLICATIVOS)	MOTIVAÇÕES
O QUE PODE SER JUDICIALIZADO (TEMAS)	NÚMERO E TIPOS DE ATORES ENVOLVIDOS NO TEMA (COLETIVO/INDIVIDUAL; POSIÇÃO/OPOSIÇÃO)	STATUS QUO (MANTER/ALTERAR)
QUEM PODE JUDICIALIZAR? (ATORES COLETIVOS OU INDIVIDUAIS)	FORÇA RELATIVA (PODER DE AGENDA; FORÇA LEGISLATIVA)	OBSTRUÇÃO
COMO PODEM JUDICIALIZAR? (CLASSES PROCESSUAIS - LEGITIMAÇÃO COLETIVA OU INDIVIDUAL)	POSIÇÃO (DISTÂNCIA DA POSIÇÃO DOS ATORES QUANTO AO TEMA)	SINALIZAÇÃO (EXTERNA OU INTERNA)
QUANDO PODEM JUDICIALIZAR? (ANTES, DURANTE, DEPOIS)	COESÃO INTERNA (DOS ATORES COLETIVOS, COM RELAÇÃO AO ASSUNTO)	RESOLUÇÃO DE CONFLITOS (COORDENAÇÃO OU ARBITRAGEM)
PROCESSO DECISÓRIO DO SUPREMO (COLETIVO; INDIVIDUAL; CENTRALIZADO, DESCENTRALIZADO)	TEMAS E SALIÊNCIA MEGAPOLÍTICA (QUESTÕES MORAIS)	
	POLÍTICAS PÚBLICAS	
	CONFLITO POLÍTICO	
	PROCESSO LEGISLATIVO	

Fonte: Ribeiro e Arguelhes (2019, p. 12).

A pesquisa de Wang (2015) já indicava que a maior parte da judicialização da saúde referia-se a ações individuais cujas decisões tinham grande impacto coletivo nas políticas públicas de saúde.

Mas nem todas as demandas são resolvidas com a interferência do Poder Judiciário, pois há situações em que os litígios são resolvidos de forma pré-processual ou pós-processual. Vasconcelos (2021, p. 930) apresenta três etapas da judicialização:

pré-processuais, ou que procuram evitar a judicialização administrativamente; processuais de defesa e gestão do cumprimento de decisões judiciais; e metaprocessuais, nas quais se desenham medidas gerais de compreensão, gestão ou governança da judicialização em todo o estado.

As etapas da judicialização da saúde e seus momentos históricos ao longo do tempo, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, assim como os atores que integram esse mecanismo, puderam ser apresentados até aqui. Resta, no entanto, examinar de maneira mais próxima as decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, especialmente porque passaram a nortear as ações dos atores envolvidos em direito à saúde e as postulações daí decorrentes.

2.4 O Supremo Tribunal Federal e o julgamento dos Temas de repercussão geral nº 6, nº 500, nº 793 e nº 1.234 como orientação da política pública em saúde

Considerando que a judicialização da saúde é um dos aspectos da judicialização de políticas, Cunha (2020), em sua tese de doutorado, faz uma revisão sobre “o panorama descritivo da relação entre o direito à saúde constitucionalizado e o direito à saúde judicializado, destacando quatro fases de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), com suas respectivas consequências e impactos na formação de um conceito normativo do direito à saúde”. Segundo Cunha (2020), nos Tribunais Superiores, o assunto chega através da Petição (PET) 1.246/SC, no ano de 1997, inaugurando o debate sobre saúde na suprema corte brasileira numa fase que ele descreve como sendo de absolutização da saúde e que ele delimita até o ano de 2003. Na fase seguinte, compreendida no período de 2004 a 2009, Cunha refere sobre a existência de uma fase em que é discutido o custo dos direitos, num paradoxo entre reserva do possível e mínimo existencial (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 e Suspensão de Tutela Antecipada - STA nº 91/AL). A última fase descrita pelo autor aqui referenciado inicia-se em 2009, com a Audiência Pública nº 4 e estende-se até os dias atuais, caracterizando-se pelo que se passou a chamar de Medicina Baseada em Evidências.

Além das referências jurisprudenciais mencionadas por Cunha (2020) para classificar as fases da judicialização da saúde e seu debate constitucional na suprema corte brasileira, é importante mencionar também o Recurso Extraordinário RE 566471⁹, distribuído em 09 de outubro de 2007, cuja discussão envolveu o dever de o Estado fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que

⁹ <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>

não possui condições financeiras para comprá-lo. O julgamento foi realizado em 11 de março de 2020. Percebe-se que o Recurso Extraordinário nº 566.471 chega à suprema corte num momento em que ela entendia o direito à saúde como direito absoluto, mas o julgamento do recurso ocorre quando a discussão já está na fase descrita por Cunha (2020) como sendo aquela da “Medicina Baseada em Evidências”.

Posteriormente ao Recurso Extraordinário nº 566471, outros recursos foram distribuídos perante o Supremo Tribunal Federal e tiveram sua repercussão geral reconhecida para examinar outros temas envolvendo o fornecimento de medicamentos, tratamentos ou insumos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo do Recurso Extraordinário nº 607582 RG¹⁰, Recurso Extraordinário nº 657718 RG¹¹, Recurso Extraordinário nº 855178 ED¹², Recurso Extraordinário nº 1366243¹³. Por certo que a questão não está adstrita ao Supremo Tribunal Federal, órgão máximo do Poder Judiciário, cuja competência é delimitada ao exame de matéria constitucional.

O Superior Tribunal de Justiça, tribunal responsável pelo exame de matéria infraconstitucional e uniformização da jurisprudência em âmbito nacional, também recebe inúmeros recursos a respeito do fornecimento de medicamentos, alguns afetados por aquela Corte Superior em razão da sua repetibilidade (recursos repetitivos). Um dos mais conhecidos recursos que tramitou no Superior Tribunal de Justiça a respeito do direito à saúde é o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ (REsp nº 1657156 / RJ¹⁴), afetado como recurso repetitivo em 03 de maio de 2017 e julgado em 21 de setembro de 2018, Tema 106, em que se discutiu a tese da obrigatoriedade de o poder público fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. O Superior Tribunal de Justiça, considerando as decisões da suprema corte até então proferidas, fixou parâmetros específicos para o requerimento/fornecimento de medicamentos pelo sistema único de saúde no leading case mencionado.

¹⁰ <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral1702/false>

¹¹ <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral3624/false>

¹² <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur422158/false>

¹³ <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6335939>

¹⁴

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=201700256297&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>

No entanto, o enfoque a ser dado aqui será relativamente a quatro julgamentos de repercussão geral proferidos pelo Supremo Tribunal Federal ao longo dos anos, os quais fixaram parâmetros para a atuação do Poder Judiciário como um todo, assim como para a atuação dos demais atores envolvidos na judicialização da saúde.

Os julgamentos proferidos nos Temas nº 6, nº 500, nº 793 e nº 1.234 pelo Supremo Tribunal Federal permitem uma definição de atuação dos atores da judicialização da saúde nas três etapas definidas por Vasconcelos (2021, p. 930): pré-processuais; processuais de defesa e gestão do cumprimento de decisões judiciais; e metaprocessuais.

É importante observar a data em que os recursos chegaram à suprema corte para julgamento e a data efetiva de seu julgamento e se ainda cabe recurso da decisão até então proferida.

O Tema nº 6, da Repercussão Geral no Supremo Tribunal Federal foi definido a partir do Recurso Extraordinário nº 566.471. A tese discutida foi: *dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo*. O Recurso Extraordinário nº 566.471 foi interposto no STF na data de 08/10/2007 e o julgamento foi proferido em 26/09/2024, sendo possível, neste momento, eventual alteração porque ainda há possibilidade de recurso da decisão. A tese fixada pode ser assim resumida:

“1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo.

2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa;
- (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação;
- (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco;
- (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e
- (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.”

A decisão do Supremo Tribunal Federal ainda determinou ao Poder Judiciário o exame obrigatório da existência de ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo e no caso de deferimento judicial do fármaco, oficiar aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS. Também houve determinação de que fosse publicada súmula vinculante para aplicação em todo o Poder Judiciário.

Em razão do julgamento proferido, foi publicado o Enunciado da Súmula Vinculante nº 61 na data de 03/10/2024¹⁵:

A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471).

Em resumo, a tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do tema 6 pode ser descrita como a possibilidade de um cidadão ingressar em juízo para postular medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado ao SUS, desde que:

1. seja provado que houve negativa na via administrativa de entrega do medicamento; e
2. que tenha havido ilegalidade na decisão que não incorporou o medicamento ao SUS, ou não tenha havido pedido de incorporação do medicamento ao SUS, ou esteja presente atraso no exame do pedido de incorporação; e
3. não seja possível substituir o medicamento por outros disponíveis no SUS; e
4. comprovação científica de que o medicamento é eficaz no tratamento da doença da qual a pessoa postulante sofre; e

¹⁵ <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>

5. laudo médico declarando a imprescindibilidade clínica do medicamento requerido; e

6. incapacidade financeira do postulante de arcar com o medicamento.

Verifica-se, portanto, que os seis requisitos para postular na via judicial medicamento não incorporado ao SUS são cumulativos. Todos eles devem ser cumpridos pelo postulante para que tenha direito ao custeio do fármaco pelo Estado. Importa salientar, ainda, que na data de 26 de maio de 2025 a decisão proferida ainda estava sujeita a recurso, o que significa que poderia ser alterada.

O Recurso Extraordinário nº 657.718, paradigma para o Tema nº 500, do STF, chegou à suprema corte na data de 19/09/2011 e a tese a ser discutida foi o *dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA*. O final do julgamento ocorreu em 04/12/2020, A tese fixada foi a seguinte¹⁶:

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 (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.

Resumindo a decisão, a postulação judicial de medicamento não registrado na ANVISA só é possível se o postulante comprovar cumulativamente que (i) há demora não razoável da análise do pedido de incorporação pela ANVISA em face do pedido de registro no Brasil, (ii) a existência de registro do fármaco postulado em agências renomadas no exterior e que (iii) inexistente outro medicamento no Brasil que possa substituir o fármaco postulado. A decisão mencionada não pode mais ser alterada pela corte suprema.

Na sequência temporal em que os recursos extraordinários de repercussão geral vão sendo interpostos perante o Supremo Tribunal Federal, na data de

16

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>

26/11/2014 é autuado o Recurso Extraordinário nº 855.178, representativo do Tema 793, para discutir a seguinte tese: *responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde*. O julgamento do recurso ocorreu na data de 23/05/2019, sem mais possibilidade de recurso desde 13/05/2020. A tese fixada foi a seguinte:

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

O julgamento da questão relativamente à competência dos entes federados para o fornecimento de prestação relacionada à saúde tem importância fundamental em termos do regramento constitucional vigente, das normas orçamentárias vigentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde e impacta de forma fundamental as políticas públicas de saúde existentes e aquelas que eventualmente serão desenhadas e implementadas em razão do impacto orçamentário para os entes da federação. É no corpo do julgamento proferido no Recurso Extraordinário nº 855.178 que a suprema corte do país aponta pormenorizadamente o complexo sistema do financiamento orçamentário federativo do Sistema Único de Saúde.

O impacto deste julgamento, que terminou no momento em que estava instalada a crise sanitária da Covid-19, é tamanho em termos orçamentários para Estados, Municípios e a União, que um novo Recurso Extraordinário chega à corte suprema na data de 27/01/2022. Trata-se do Recurso Extraordinário nº 1.366.243, para discutir a tese: legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Quando a suprema corte descreve na decisão do Recurso Extraordinário nº 855.178 o que já estava estabelecido nas normas infraconstitucionais sobre o custeio de medicamentos, ou seja, que a União deve custear medicamentos do componente farmacêutico especializado (Ceaf)¹⁷, os entes sub-nacionais começam

¹⁷ sobre os componentes farmacêuticos e a responsabilidade de custeio, ver capítulo I desta dissertação.

a questionar os ajuizamentos de ações que postulam medicamentos deste componente, de custeio da União, mas cujas ações foram ajuizadas perante a Justiça Estadual e, portanto, não têm a União como parte do litígio. Em última análise, a União deve pagar por esses medicamentos, mas quando a ação é ajuizada na Justiça Estadual, em razão da distribuição da competência jurisdicional (normas de competência de Processo Civil que envolvem o Poder Judiciário), a União não é parte na ação e o custeio recai sobre Estados-federados e Municípios.

Constata-se uma subversão do financiamento do Sistema Único de Saúde a partir da judicialização da saúde neste aspecto. Isso porque conforme o componente medicamentoso postulado e conforme o ajuizamento da ação ocorra na Justiça Estadual (considerando o ente sub-nacional demandado) ou na Justiça Federal (quando a União necessariamente é parte no litígio a ação precisa ser ajuizada na Justiça Federal), a União deixará de pagar, ou não, pelo custeio do fármaco.

A título de exemplo, imagine que uma pessoa necessite de um medicamento oncológico, com registro na ANVISA, e que pelas normas de financiamento do SUS, deve ser custeado pela União. Não havendo medicamento disponível, a pessoa ajuiza uma ação perante a Justiça Estadual postulando que lhe seja alcançado o fármaco. Os réus da ação são o Estado-federado em que está geograficamente inserido o município da residência da pessoa, e o Município em que ela reside. Sendo procedente o pedido, o Estado-federado e o Município deverão custear a compra do fármaco, porque a regra no SUS em face do cidadão é a da solidariedade. Logo, embora em termos de financiamento do medicamento o regramento estabeleça a competência da União, quando há a judicialização e a União não é ré no processo judicial, serão o Estado e o Município que pagarão pelo remédio.

A judicialização de saúde ocorrendo em nível nacional passou a resultar em incremento de despesas para Estados e Municípios relativamente a medicamentos que não deveriam ser custeados por eles.

Como já foi mencionado, o julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178 no ano de 2020 trouxe nova discussão à corte suprema em razão do impacto orçamentário.

A princípio, o Recurso Extraordinário nº 1.366.243 discutia a tese sobre *legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS.*

A discussão que envolvia o Estado de Santa Catarina e a União resultou em algo maior. Nesse contexto, a suprema corte, num primeiro momento, fixou uma complexa tese envolvendo a distribuição da competência jurisdicional com base no medicamento postulado e as regras de seu financiamento pelo SUS¹⁸.

Na decisão proferida pela corte suprema fixou que é obrigatório o ajuizamento da ação que postula medicamento perante a Justiça Federal, tendo como ré a União, quando o fármaco requerido não estiver incorporado à política pública do SUS, mas tenha registro na ANVISA. A suprema corte definiu, ainda, que para o processamento obrigatório em face da União, além da exigência de que o medicamento postulado não seja incorporado ao SUS, o valor do tratamento anual deve igual ou superior a 250 (duzentos e cinquenta) salários-mínimos, considerando o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG).

No mesmo julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243, a suprema corte definiu o que são medicamentos não incorporados ao SUS como sendo aqueles não integrantes das políticas públicas do SUS, medicamentos não registrados na ANVISA ou medicamentos previstos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS, mas requeridos para tratamento *off label*, ou seja, para outras finalidades.

Tendo em vista a competência fixada perante a Justiça Federal para o ajuizamento dessas ações, a suprema corte também tratou do custeio desses fármacos, que ficou sob responsabilidade da União e previu a possibilidade de ressarcimento entre os entes via repasses fundo a fundo, ou seja, entre os fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. Regulou, ainda, a situação das ações já em andamento na Justiça Estadual e a forma de ressarcimento por parte da União aos entes federados.

¹⁸ <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6335939>

A decisão proferida pela suprema corte foi minuciosa e tratou também dos medicamentos incorporados. Além disso, o Supremo Tribunal Federal fixou norma programática, pois também determinou a criação de uma plataforma nacional (STF, RE 1.366.243) que centralize todas as informações relativas às demandas administrativas e judiciais de acesso a fármaco, de fácil consulta e informação ao cidadão, na qual constarão dados básicos para possibilitar a análise e eventual resolução administrativa, além de posterior controle judicial e estabeleceu prazo para a atuação do Ministério da Saúde.

Em 16/12/2024, em razão de recurso interposto, houve parcial alteração da tese até então fixada relativamente à competência jurisdicional para incluir a União como ré nas ações em que forem postulados medicamentos oncológicos. A decisão transitou em julgado em 07/03/2025, ou seja, data a partir da qual não cabe mais recurso..

O texto extraído do julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243 é complexo em vários aspectos, desde a parte jurídica à parte de implementação da política pública de saúde quando há ajuizamento de ações judiciais. Não cabe na presente pesquisa dar enfoque a todo o contexto estabelecido no julgamento até aqui proferido.

O que se percebe evidentemente deste último julgamento é a intervenção do Supremo Tribunal Federal como ator político a delimitar as regras da judicialização da saúde para os todos os demais atores envolvidos, observando o regramento constitucional e infraconstitucional existente.

Em termos de custeio, foco da presente dissertação, o Supremo Tribunal Federal estabeleceu as seguintes diretrizes que destacamos abaixo:

1. na hipótese de a ação judicial ser de competência da Justiça Federal, caberá à União o custeio integral dos medicamentos incorporados ou não incorporados e se houver condenação dos Estados e do Distrito Federal ao pagamento desses medicamentos, a União deverá reembolsá-los via repasse Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde);

2. mesmo que Estados e Municípios sejam parte das ações de saúde, ainda assim a União deverá arcar com o custeio de fornecimento de medicamentos incorporados ou não incorporados quando a competência da ação judicial for da Justiça Federal;
3. o valor de venda do medicamento no curso do processo judicial fica limitado ao preço com desconto, proposto no processo de incorporação na CONITEC - e nunca poderá ser superior ao Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG;
4. nas ações de fornecimento de medicamentos da competência da Justiça Federal, mas que antes da decisão da suprema corte no Tema 1.234 foram distribuídas na Justiça Estadual e cuidarem de medicamentos não incorporados, em que tenha havido condenação aos Estados e Municípios, serão ressarcidas pela União, via repasses Fundo a Fundo (FNS ao FES ou ao FMS). Figurando somente um dos entes no polo passivo, cabe ao magistrado, se necessário, promover a inclusão do outro para possibilitar o cumprimento efetivo da decisão;
5. a suprema corte estabeleceu um percentual de ressarcimento entre a União e os entes sub-nacionais, via repasses Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para Fundo Estadual de Saúde) quando a ação que postula medicamentos estiver na Justiça Estadual, mas a competência seria da Justiça Federal considerando o valor da causa: *o percentual de 65% (sessenta e cinco por cento) dos desembolsos decorrentes de condenações oriundas de ações cujo valor da causa seja superior a 7 (sete) e inferior a 210 (duzentos e dez) salários mínimos, a ser implementado mediante ato do Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite, no prazo de até 90 dias;*
6. e quando o medicamento postulado for oncológico, as ações ajuizadas previamente a 10 de junho de 2024 serão ressarcidas pela União na proporção de 80% (oitenta por cento) do valor total pago por Estados e por Municípios, independentemente do trânsito em julgado da decisão, a ser implementado mediante ato do Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite, no prazo de até 90 dias. O ressarcimento para os casos posteriores a 10 de junho de 2024 deverá ser pactuado na CIT, no mesmo prazo.

Percebe-se que em matéria de custeio, a questão relativamente ao financiamento de medicamentos e seus componentes é complexa e quando se trata de judicialização da saúde, há um incremento nesta complexidade.

O decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Tema nº 793 trouxe luzes para um fenômeno que vinha ocorrendo a partir da intensificação da judicialização da saúde: a União, quando não era parte no litígio, deixava se custear medicamentos que a lei previa serem de sua atribuição orçamentária (medicamentos não incorporados e medicamentos do componente farmacêutico especializado (Ceaf)) onerando o orçamento de Estados e de Municípios que eram parte nas ações de saúde e se viam obrigados a custear tal assistência sem previsão orçamentária para tanto.

Tal constatação trouxe à discussão judicial a questão da competência jurisdicional para o ajuizamento das ações de saúde, momento em que a suprema corte passa a enfrentar a judicialização da saúde sob o viés federativo, tornando obrigatória a inclusão da União nas ações de saúde quando o pedido envolver medicamento não incorporado ou medicamento integrante do componente farmacêutico especializado (Ceaf), cujo custeio recai sobre o orçamento da União, através do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde.

No julgamento do Tema 1.234, a suprema corte explicita, com base nas normas de financiamento dos componentes farmacêuticos de cada ente federado, a competência jurisdicional para o ajuizamento das ações, fazendo valer o pacto federativo relativamente ao custeio dos tratamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde e buscando corrigir o desvio orçamentário que a judicialização da saúde, nos termos em que se apresentava até então, acarretou para os Estados e Municípios e forçando a União a integrar as demandas quando se tratar de componente farmacêutico especializado (Ceaf) ou de medicamento não incorporado e a ressarcir Estados e Municípios em razão das ações que tratam de tais medicamentos e em que a União não foi parte no litígio.

Abaixo apresentamos um quadro que aponta a data de ingresso dos recursos extraordinários representativos nos Temas nº 6, nº 500, nº 793 e nº 1.234, a data de seu respectivo julgamento e as fases decisórias da corte suprema conforme a classificação dada por Wang (2013):

Fases do STF segundo Wang (2013)

Wang (2013) - Fases do STF	Tema 6, RE 566.471	Tema 500, RE 657.718	Tema 793, RE 855.178	Tema 1.234, RE 1.366.243
Absolutização da saúde entre 1997 a 2006				
Saúde da população - coletividade entre 2006 a 2009	Protocolo no STF em 09/10/2007			
definição de critérios para o Estado fornecer medicamentos entre 2009 a 2010				
Período posterior à pesquisa	Julgamento final em 10/09/2020	Protocolo no STF em 28/09/2011 e julgamento final em 22/05/2019	Protocolo no STF em 28/11/2014 e julgamento final em 23/05/2019	Protocolo no STF em 27/01/2022 e julgamento final em 07-03-2025

Fonte: elaborado pela autora

A pesquisa realizada por Wang (2013) examinou os julgamentos até o ano de 2010 e naquele momento histórico a maior parte das decisões proferidas não tinham caráter generalizado, ou seja, não se tratavam de julgamentos submetidos ao regime de repercussão geral, em que as decisões proferidas pela suprema corte deveriam ser aplicadas pelas demais instâncias do Poder Judiciário.

Entre a pesquisa desenvolvida por Wang (2013) e a pesquisa de Cunha (2020) transcorreu quase uma década. O cenário da judicialização modificou-se em razão do incremento na distribuição de novas ações judiciais, assim como a posição do Supremo Tribunal Federal nos julgamentos proferidos.

No quadro abaixo é feito o mesmo exame relativamente aos recursos extraordinários representativos nos Temas nº 6, nº 500, nº 793 e nº 1.234, considerando a data de seu respectivo julgamento e as fases decisórias da corte suprema, porém agora considerando a classificação dada por Cunha (2020):

Fases do STF segundo Cunha (2020)

Cunha (2020) - Fases do STF	Tema 6, RE 566.471	Tema 500, RE 657.718	Tema 793, RE 855.178	Tema 1.234, RE 1.366.243

Absolutização da saúde - até 2003				
Reserva do possível x Mínimo existencial - entre 2004 a 2009	Protocolo no STF em 09/10/2007			
Medicina baseada em evidências entre 2009 aos dias atuais	Julgamento final em 10/09/2020	Protocolo no STF em 28/09/2011 e julgamento final em 22/05/2019	Protocolo no STF em 28/11/2014 e julgamento final em 23/05/2019	Protocolo no STF em 27/01/2022 e julgamento final em 07/03/2025

Fonte: elaborado pela autora

Os paradigmas do STF examinados permitem concluir que os julgamentos proferidos, cuja decisão deve ser adotada pelas demais instâncias do Poder Judiciário em razão da repercussão geral, ocorreram predominantemente na fase da Medicina Baseada em Evidências, descrita por Cunha (2020). Tal circunstância vem ao encontro dos achados na pesquisa elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça e INPER (2019) de que havia grande incidência de ações individuais postulando medicamentos, sendo a maior parte deles incorporados ao SUS.

O que se constata de todos este arcabouço teórico aqui mencionado é o impacto nacional da judicialização da saúde em termos de custeio para todos os entes federados.

O último julgamento da suprema corte sobre o tema, em março de 2025, permite constatar que em termos orçamentários, a União estaria levando vantagem orçamentária em relação aos Estados e Municípios cada vez que deixa de ser parte em ação judicial em que se postula tratamento cujo custeio é de sua responsabilidade. A decisão proferida no Tema nº 1.234 parece ter tido a intenção de corrigir esse viés.

No capítulo seguinte da presente dissertação serão apresentados dados orçamentários relativamente à saúde e dados de novas ações judiciais de saúde do período compreendido entre 01/01/2012 a 31/12/2022.

3 O orçamento do Fundo Nacional de Saúde e os ajuizamentos de ações de saúde: 2012-2022

No caminho desenvolvido até aqui foi possível apresentar rapidamente o sistema de financiamento do Fundo Nacional de Saúde e as pesquisas desenvolvidas sobre judicialização da saúde.

A maior parte das pesquisas de que se tem notícia sobre a judicialização da saúde não vincula/relaciona o valor monetário do orçamento destinado constitucionalmente para o Fundo Nacional de Saúde e o número de ações de saúde distribuídas no Poder Judiciário Federal.

A despeito de tal circunstância, alguns textos apresentados no segundo capítulo deste trabalho mencionam que o Supremo Tribunal Federal, em determinado momento histórico, negou o pedido de fornecimento de medicamento sob o fundamento de que o medicamento/tratamento postulado possuía alto custo. É o caso, por exemplo, de Wang (2012), quando identifica três padrões de decisões proferidas pela suprema corte: (1) não aceitação do racionamento de cuidados de saúde; (2) reconhecimento da necessidade de racionamento, mas falta de vontade em estabelecer critérios padrão; e (3) estabelecimento de critérios para definir casos no qual racionamento é legal.

Por certo que desde 2012 o cenário existente foi sendo modificado. Em pesquisa realizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, a pedido pelo Conselho Nacional de Justiça (2019), foram expostos o perfil das demandas, causas e propostas de solução para a judicialização da saúde no Brasil. O relatório apresentado constatou que (CNJ, 2019, pág. 13):

O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016. Tal montante, ainda que pequeno, frente ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais.

Nesta última parte da presente pesquisa serão apresentados os valores, em Reais, destinados ao orçamento do Fundo Nacional de Saúde entre os anos de

2012 a 2022 e o número de novas demandas judiciais sobre saúde no mesmo período, buscando responder à pergunta: O valor, em moeda nacional, de recursos orçamentários destinados ao Fundo Nacional de Saúde gera impacto no ajuizamento de processos judiciais reclamando atendimento de saúde?

Para tanto, dividimos essa seção em três partes. Na primeira delas são apresentados os valores orçamentários do Fundo Nacional de Saúde para o período compreendido entre 2012-2022. Na segunda parte, coletamos dados sobre o número de novas ações judiciais de saúde para o mesmo período de 2012-2022. Numa terceira parte, faremos uma análise comparativa entre o orçamento do Fundo Nacional de Saúde e o número de novas ações judiciais de saúde no período compreendido entre 2012-2022, buscando responder à pergunta da presente pesquisa.

3.1 Valores orçamentários do Fundo Nacional de Saúde: 2012-2022

A Lei Complementar nº 141/2012 trouxe profundas alterações relativamente ao financiamento do Sistema Único de Saúde, porque ao regulamentar o disposto no § 3º do art. 198 da Constituição Federal, estabeleceu os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de sua fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

O Fundo Nacional de Saúde, como órgão integrante do Ministério da Saúde e, por consequência, do Poder Executivo Federal, está sujeito à fiscalização e controle pelo Tribunal de Contas da União. Tal circunstância exige que anualmente sejam prestadas contas dos valores que lhe foram repassados e dos valores por ele efetivamente empenhados.

A partir da coleta de dados, constatou-se que há diferença em cada exercício financeiro estudado (2012-2022) entre a dotação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde do exercício financeiro e o valor efetivamente realizado no respectivo exercício financeiro. Isso ocorre porque nem sempre todo o orçamento previsto é gasto, o que pode acontecer pelas mais diversas razões.

Importa mencionar, também, que para cada exercício financeiro estudado o valor da dotação orçamentária realizada não corresponde ao valor do custeio de medicamentos, pois conforme asseverou-se no primeiro capítulo desta dissertação, que tratou do orçamento do Fundo Nacional de Saúde, do orçamento do Fundo extraem-se valores para: (i) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; (ii) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; (iii) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; (iv) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, sendo essa cobertura destinada a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

A parte que interessa ao estudo está contida no item (iv) da classificação acima mencionada: cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, sendo essa cobertura destinada a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Mas dentro desta classificação do item (iv) é preciso adentrar cirurgicamente para buscar tão-somente os valores do custeio do componente farmacêutico especializado.

O recorte que se faz é apresentar a dotação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde para exercício financeiro no período considerado para a pesquisa (2012 a 2022) e dentro de cada exercício financeiro destacar os valores do componente farmacêutico especializado (Ceaf)¹⁹, uma vez que são esses os medicamentos que mais são objeto da judicialização da saúde. E nesse grupo do componente farmacêutico especializado (Ceaf) são de responsabilidade da União aqueles classificados no grupo 1A e 1B pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017:

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, os quais são fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação

¹⁹ Diz respeito a medicamentos para o tratamento de doenças crônico-degenerativas, assim como doenças raras.

para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

Estabelecido tal critério para o exame dos orçamentos do período objeto da pesquisa, 2012 a 2022, passamos a examinar os relatórios de gestão do Fundo Nacional de Saúde entre 2012 a 2016. A contar do ano de 2017 houve a modificação da sistemática de prestação de contas, as quais passaram a ser realizadas por intermédio do Ministério da Saúde.

Do Relatório de Gestão do Exercício 2012, do Fundo Nacional de Saúde, extrai-se o objetivo do Fundo, como já mencionado no primeiro capítulo da presente dissertação (FNS, 2012, pág. 11):

Repasse dos créditos orçamentários e recursos financeiros destinados às ações e serviços públicos de saúde realizados pelos governos federal, estaduais, municipais e instituições sem fins lucrativos, caracterizando cooperação, auxílio ou assistência financeira do Ministério da Saúde, visando à realização de ações e programas de responsabilidade mútua.

O referido relatório (FNS, 2012) já considerou o novo regramento legal instituído à época pela Lei Complementar nº 141/2012, que estabelecia percentuais mínimos para as dotações orçamentárias em saúde. Para o ano de 2012 verifica-se que, em valor nominal em Reais, foi aprovada uma dotação orçamentária inicial no valor de R\$83.498.020.408,00, que com os ajustes subsequentes durante o exercício financeiro totalizou o valor de R\$ 86.563.737.679,00 (oitenta e seis bilhões, quinhentos e sessenta e três milhões, setecentos e trinta e sete mil e seiscentos e setenta e nove reais) (FNS, 2012, pág. 366).

Desse total, o quadro da execução orçamentária para o exercício de 2012 do Fundo Nacional de Saúde aponta que R\$4.082.150.000,00 foi a dotação orçamentária relativamente ao apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ceaf), dos quais R\$ 3.769.736.957,12 foi realizado (FNS, 2012, pág. 407).

Observe o quadro abaixo referente ao exercício de 2012:

AÇÃO		EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA							
		LEI CRÉDITO		EMPENHAD O	LIQUIDADADO	PAGO	A LIQUIDA R	SALDO	LIQUIDADADO NÃO PAGO
		A		B	C	D	E=B-C	F=A-B	G=C-D
TOTAL GERAL		86.563.737.679,00	100,00%	78.898.360.343,64	78.891.450.918,35	71.723.032.293,30	6.909.425,29	7.665.377.335,36	7.168.418.625,05
4705	APOIO FINANCEIRO PARA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	4.082.150.000,00	4,72%	4.082.149.970,00	4.082.149.970,00	3.769.736.957,12	0,00	30,00	312.413.012,88

Fonte: FNS, Relatório de Gestão 2012, pág. 398 e 407

Considerando que, para fins de financiamento, apenas os medicamentos dos Grupos 1A e 1B são de responsabilidade da da União, entendemos que o valor mencionado no quadro acima considera exclusivamente os medicamentos dos referidos grupos.

No ano subsequente, 2013, o Fundo Nacional de Saúde recebeu uma dotação orçamentária no valor de R\$ 91.532.792.909,00, dos quais R\$ 4.977.534.000,00 foram destinados para o Componente Especializado da assistência farmacêutica (Ceaf).

Observe o quadro abaixo referente ao exercício de 2013:

AÇÃO		EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA							
		LEI CRÉDITO		EMPENHADO	LIQUIDADADO	PAGO	A LIQUIDAR	SALDO	LIQUIDADADO NÃO PAGO
		A		B	C	D	E=B-C	F=A-B	G=C-D
TOTAL GERAL		91.532.792.909,00	100,00%	84.298.538.042,76	84.296.976.944,04	77.488.743.893,57	1.561.098,72	7.234.254.866,24	6.808.233.050,47
4705	Apoio Financeiro Para Aquisicao E Distribuicao De Medicamentos Excepcionais	4.977.534.000,00	5,44%	4.977.533.931,99	4.977.533.931,99	4.328.468.029,36	0,00	68,01	649.065.902,63

Fonte: FNS, Relatório de Gestão 2013, pág. 442 e 446

Em 2014, o Relatório de Gestão do Fundo Nacional de Saúde aponta que uma dotação orçamentária no valor de R\$ 99.190.624.434,00, dos quais R\$ 4.890.845,854,00 foram destinados ao Apoio Financeiro Para Aquisição E

Distribuição de Medicamentos Excepcionais, ou seja, o Componente Farmacêutico Especializado relativamente aos medicamentos dos grupos 1A e 1B.

Observe o quadro abaixo referente ao exercício 2014:

AÇÃO		EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA							
		LEI CRÉDITO		EMPENHADO	LIQUIDADADO	PAGO	A LIQUIDAR	SALDO	LIQUIDADADO NÃO PAGO
		A		B	C	D	E=B-C	F=A-B	G=C-D
TOTAL GERAL		99.190.624.434,00	100,00%	93.416.028.090,74	93.416.021.200,39	86.897.408.607,64	6.890,35	5.774.596.343,26	6.518.612.592,75
4705	Apoio Financeiro Para Aquisicao E Distribuicao De Medicamentos Excepcionais	4.890.845.854,00	4,93%	4.890.818.829,84	4.890.818.829,84	4.467.911.070,37	0,00	27.024,16	422.907.759,47

Fonte: FNS, Relatório de Gestão 2014, pág. 526 e 535

Segundo consta no relatório de gestão do FNS, 2015, até o ano de 2014 as informações contábeis do governo federal ficavam registradas no sistema denominado SIAFI Gerencial. Para o exercício 2015 foi lançada uma nova ferramenta que substituiu o SIAFI Gerencial pelo Tesouro Gerencial. O relatório do Fundo Nacional de Saúde indica que a dotação orçamentária para 2015 foi de R\$112.663.430.094,00.

Todavia, o relatório de gestão do exercício 2015 não indicou os valores empenhados, liquidados, pagos, a liquidar, o saldo e o valor liquidado não pago. Tampouco houve indicação dos valores destinados ao Apoio Financeiro Para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais. Em razão disso, as informações foram pesquisadas no Portal Transparência, da Controladoria Geral da União. O orçamento de despesa do Fundo Nacional de Saúde para o ano de 2015 apontou que foi empenhado o valor de R\$5.865.366.798,00 relativamente à rubrica 4705 código que se refere ao Apoio Financeiro Para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais. O valor realizado da despesa foi de R\$5.098.792,824,00.

Para o exercício de 2016, o relatório de gestão do Fundo Nacional de Saúde aponta uma dotação orçamentária de R\$112.508.947.288 (FNS, 2016, p. 33-34). O

valor empenhado com Apoio Financeiro Para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais, rubrica 4705, publicado no Portal Transparência da Controladoria Geral da União, foi de R\$7.144.666.065,24, dos quais foi realizado o valor de R\$6.657.713.094,90.

Importante lembrar que no ano de 2016 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu um novo regime fiscal e passou a prever o chamado “teto de gastos”.

As alterações políticas que ocorreram no Brasil no ano de 2016, com o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, acarretaram não apenas a instituição de um novo regime fiscal, mas também mudanças em toda a administração pública federal. A maneira da prestação de contas foi totalmente alterada a partir do ano de 2017, uma vez que o Fundo Nacional de Saúde deixou de apresentar o relatório de gestão anual como comumente fazia, o que passou a ser feito diretamente pelo Ministério da Saúde. Também houve a alteração da estrutura organizacional do Ministério da Saúde pela publicação do Decreto nº 8.901, de 11 de novembro de 2016. No Anexo I deste capítulo encontra-se o organograma do Ministério da Saúde instituído no ano de 2016.

Feitas essas considerações, resta analisar, ainda, o valor das dotações orçamentárias do Fundo Nacional de Saúde para os anos de 2017 a 2022, quando já estava vigente o novo regime fiscal e a despesa referente ao Apoio Financeiro Para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais, rubrica 4705, que trata do componente farmacêutico especializado, Grupos 1A e 1B.

A dotação orçamentária prevista para o Fundo Nacional de Saúde para o ano de 2017 foi de R\$116.506.661.720,00 (Congresso Nacional, 2016, Vol. IV, pág.275). Já a dotação orçamentária para o Apoio Financeiro Para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais, rubrica 4705, foi de R\$7.200.000.000,16, dos quais foram empenhados R\$6.481.511.547,15 e pagos R\$5.213.857.260,18 (Portal Transparência, Controladoria Geral da União).

No ano de 2018, o Fundo Nacional de Saúde contou com uma dotação orçamentária de R\$122.804.060.000,00 (MS, 2018, pág. 110). Para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente

Especializado da Assistência Farmacêutica, rubrica 4705, a dotação orçamentária foi de R\$ 7.218.300.000,00, dos quais foram empenhados R\$7.217.097.546,00 e pagos R\$4.573.689.943,00 (MS, 2018, pág. 111).

O Relatório de Gestão do Ministério da Saúde referente ao ano de 2019 (MS, 2019) aponta que a dotação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde para aquele exercício financeiro foi de R\$127.192.694.000,00 (MS, 2019, pág. 143). Desse total, R\$5.921.824.000,00 foi a dotação para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, rubrica 4705, dos quais R\$5.921.675,172,00 foi empenhado e R\$4.133.070.028,00 foram efetivamente pagos (MS, 2019, pág. 143).

No exercício financeiro de 2020 é forçoso lembrar que tivemos o início da pandemia de Covid-19, declarada em 03/02/2020 e encerrada em 22/05/2022, pelas Portarias GM/MS nº 188/2020 e 913/2022, respectivamente.

O relatório de gestão do Ministério da Saúde do ano de 2020 aponta que o Fundo Nacional de Saúde teve uma dotação orçamentária no valor de R\$184.491.548.800,00 (MS, 2020, pág. 192). Para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, rubrica 4705, a dotação orçamentária foi de R\$6.269.000.000,00, sendo empenhado o valor R\$6.268.999.000,00 e pago o valor de R\$4.164.728.000,00 (MS, 2020, pág. 193).

Em 2021, o Fundo Nacional de Saúde contou com uma dotação orçamentária no valor de R\$182.255.200.000,00, sendo que R\$ 6.980.000.000,00 para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, rubrica 4705. Foi empenhado o valor de R\$6.980.000.000,00 e pago o valor de R\$5.165.500.000,00 para o componente especializado farmacêutico (MS, 2021, pág. 209-2010).

O relatório de gestão do Ministério da Saúde do ano de 2022 aponta que a dotação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde para aquele exercício financeiro foi de R\$152.375.700.000,00, dos quais R\$7.917.100.000,00 para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, rubrica 4705. Para a rubrica 4705 foi

empenhado o valor de R\$7.917.100.000,00 e pago o valor de R\$5.855.000.000,00 (MS, 2022, pág. 232-233).

Apresentamos abaixo o quadro com os dados coletados sobre o orçamento do Fundo Nacional de Saúde:

ANO	ORÇAMENTO FNS (R\$)	EMPENHO 4705 (R\$)	REALIZADO 4705 (R\$)	Percentual (%)
2012	R\$ 86.563.737.679,00	R\$ 4.082.149.970,00	R\$ 3.769.736.957,12	4.35%
2013	R\$ 91.532.792.909,00	R\$ 4.977.533.931,99	R\$ 4.328.468.029,36	4.73%
2014	R\$ 99.190.624.434,00	R\$ 4.890.818.829,80	R\$ 4.467.911.070,37	4.50%
2015	R\$ 112.663.430.094,00	R\$ 5.865.366.798,00	R\$ 5.098.792.824,00	4.53%
2016	R\$ 112.508.947.288,00	R\$ 7.144.666.065,24	R\$ 6.657.713.094,90	5.91%
2017	R\$ 116.506.661.720,00	R\$ 6.481.511.547,15	R\$ 5.213.857.260,18	4.47%
2018	R\$ 122.804.060.000,00	R\$ 7.217.097.546,00	R\$ 4.573.689.943,00	3.72%
2019	R\$ 127.192.694.000,00	R\$ 5.921.675.172,00	R\$ 4.133.070.028,00	3.24%
2020	R\$ 184.491.548.800,00	R\$ 6.268.999.000,00	R\$ 4.164.728.000,00	2.26%
2021	R\$ 182.255.200.000,00	R\$ 6.980.000.000,00	R\$ 5.165.500.000,00	2.83%
2022	R\$ 152.375.700.000,00	R\$ 7.917.100.000,00	R\$ 5.855.000.000,00	3.84%

A obtenção dos dados orçamentários para o período da pesquisa revela um incremento do orçamento do Fundo Nacional de Saúde ao longo da década.

Todavia, quando se trata do orçamento para aquisição do componente farmacêutico especializado, o incremento existe apenas entre os anos de 2012 a 2016. A partir do ano de 2017 o orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição do componente farmacêutico especializado cai em relação aos valores do ano de 2016. Entre os anos de 2017 até o ano de 2022, constatou-se que o valor do orçamento do Fundo Nacional de Saúde para o componente farmacêutico especializado elevou-se gradualmente, mas sem nunca atingir o mesmo valor do ano de 2016.

É possível que dois fenômenos tenham causado essa situação: o novo regime fiscal implementado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, a pandemia de Covid-19 a partir do ano de 2020, ou ainda maior número de ações judiciais que exigiu esse tipo de medicação a contar de 2017.

Quanto ao novo regime fiscal implementado a partir do ano de 2017 pela Emenda Constitucional nº 95/2016, deve-se considerar que embora o orçamento do FNS para a aquisição do componente farmacêutico especializado tenha caído, o orçamento geral do FNS não foi reduzido. Logo, não se pode atribuir ao novo regime fiscal a queda do orçamento para a aquisição dos fármacos do componente farmacêutico especializado.

Quanto ao maior número de ações judiciais, deve-se ressaltar que o fato de haver um incremento no ajuizamento de ações postulando medicamentos em um ano específico não indica que naquele ano específico haverá alteração no orçamento, uma vez que as demandas judiciais levam tempo de tramitação e o incremento delas em um ano pode vir a impactar o orçamento em anos futuros.

No próximo tópico será possível visualizar os novos números de ações judiciais de saúde para o período compreendido entre 2012 a 2022, que permitirá, ao final desta dissertação, a comparação dos dados no período indicado.

3.2 Número de novas ações judiciais de saúde: 2012-2022

Há algum tempo o Poder Judiciário possui dados estatísticos relativamente às demandas que são trazidas para julgamento. Os dados mais antigos constam no Painel “Justiça em Números Digital”, publicado no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Justiça. A partir do ano de 2020 foi implementada a plataforma Data Jud, instituída pela Resolução nº 331/2020 e também gerenciada pelo Conselho Nacional de Justiça.

Os dados coletados para essa parte da dissertação a respeito do número de novas ações de saúde ajuizadas entre 2012 a 2022 são oriundos do “Painel Justiça em Números”, do Data Jud e também da pesquisa apresentada pelo INSPER e Conselho Nacional de Justiça (INSPER e CNJ, 2019).

Importante asseverar que a pesquisa de dados foi efetuada buscando inicialmente o assunto do processo, qual seja, Saúde. Todavia, constatou-se que a classificação dos processos nos anos anteriores a 2014 era feita considerando apenas se o assunto era criminal ou não-criminal, execução fiscal, etc., sem levar em conta o assunto processual, mas apenas o ramo do direito a que se referia. Em razão disso, para os anos de 2012 e 2013 recorreu-se aos dados apurados pela pesquisa do INSPER e CNJ (2019). Todavia, é importante ressaltar que os pesquisadores do INSPER e CNJ apontaram que sua busca de dados foi realizada diretamente nas publicações de Diários Oficiais e pesquisa de jurisprudência nos Tribunais de Justiça dos Estados federados e Tribunais Regionais Federais, localizando dados em valores inferiores em relação àqueles constantes nos painéis do Conselho Nacional de Justiça (INSPER e CNJ, 2019, p. 45):

Considerando o acima exposto, a LAI permitiu a identificação de 498.715 processos de primeira instância, distribuídos entre 17 justiças estaduais, e 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais estaduais, no período entre 2008 e 2017. Esses números totais são inferiores aos identificados por Lima Jr. e Schulze (2018), com dados do CNJ, possivelmente porque, pelos obstáculos relatados na seção sobre metodologia, não foi possível compilar as informações para a totalidade de tribunais brasileiros. Ainda assim, as principais conclusões, como a taxa de crescimento e a concentração dos principais temas, como se verá, são consistentes com os encontrados pelo CNJ.

Portanto, considerando que o Painel Justiça em Números não apresenta os dados para os anos de 2012 e 2013, utilizamos para o período mencionado os dados constantes na pesquisa do INSPER e CNJ (2019).

Outro aspecto a ser considerado é que para os anos de 2020 e 2022, com a implementação do Data Jud, os processos de saúde receberam subclassificações. Além da classificação “saúde” e “fornecimento de medicamentos”, encontram-se também as classificações com os assuntos “padronizados”, referindo-se a medicamentos padronizados para determinadas moléstias; “não padronizados”, referindo-se a medicamentos que não fazem parte do padrão para o tratamento de determinadas moléculas; “oncológicos”, referindo-se a medicamentos oncológicos; “com registro na ANVISA”, referindo-se a medicamentos que possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, “sem registro na ANVISA”, referindo-se a medicamentos sem o referido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Apesar da referida classificação ser importante e um grande avanço para a obtenção de dados estatísticos, constatou-se dois pontos importantes.

O primeiro ponto é que a partir da implantação do Data Jud e das classificações das ações por assuntos, o Conselho Nacional de Justiça, ao publicar os relatórios Justiça em Números dos anos de 2020, 2021 e 2022, aponta que é comum o registro de mais de um assunto em um mesmo processo e quando isso ocorre, todos os assuntos são contabilizados (CNJ, 2020, pág. 237; CNJ, 2021, pág. 270-271; CNJ, 2022, pág. 275). Percebe-se, portanto, que para os anos de 2020 a 2022 o filtro de dados por assunto processual não reflete com precisão a quantidade de processos cadastrados em determinada classe e/ou assunto, pois se o processo tiver mais de um assunto, será contabilizado mais de uma vez.

Outro ponto importante que deve ser destacado é que em todo o período considerado para a presente pesquisa (2012 a 2022) não foi possível filtrar qual tipo

de medicamento está sendo solicitado nos respectivos processos judiciais, ou seja, se medicamento financiado por Município, Estado federado, ou União. Isso impede a comparação dos dados orçamentários do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição de medicamentos dos tipos 1A e 1B - Componente Farmacêutico Especializado (cuja competência de financiamento é do Fundo Nacional de Saúde).

Apesar dessa constatação no momento da coleta de dados para a presente dissertação, ainda assim apuramos o total de novas ações de saúde para o período de 2012 a 2022.

Ainda quanto ao período de 2020 a 2022, quando se tornou possível o refinamento dos dados por assunto, vamos considerar as classificações “saúde” e “saúde pública” e “fornecimento de medicamento” e “não padronizado” e “oncológico” e “sem registro na ANVISA” porque elas tratam, com certeza, de medicamentos cujo financiamento é de responsabilidade da União, mas observando que é possível que uma ação judicial esteja computada mais de uma vez. Também para os anos de 2020 a 2022 foi possível filtrar por novas ações ajuizadas em primeira instância, considerando o rito do Juizado Especial e o rito ordinário comum, na Justiça Estadual e na Justiça Federal.

Assim, com as ponderações acima, foi possível obter o número das novas ações judiciais de saúde em que se buscava o fornecimento de medicamentos conforme abaixo:

ANO	NOVAS AÇÕES DE SAÚDE - 1ª Instância	NOVAS AÇÕES SAÚDE/FORNECIMENTO MEDICAMENTOS - 1ª Instância
2012	39.590*	**
2013	49.374*	**
2014***	165.037	105.911
2015***	150.221	97.154
2016***	153.788	88.139
2017***	176.716	95.800
2018****	177.238	81.970

2019****	206.610	94.965
2020*****	111.111	15.389
2021*****	140.901	56.614
2022*****	166.837	60.407

Fontes:

*INSPER e CNJ, 2019, pág. 46.

**Dados inexistentes no Painel Digital em Números, do Conselho Nacional de Justiça;

***<https://paineis.cnj.jus.br/>

**** Conselho Nacional de Justiça, Painel Digital em Números (entre 2018 a 2019).

***** Conselho Nacional de Justiça, e Data Jud (entre 2020 a 2022), considerando o somatório das classificações “saúde” e “saúde pública” e “fornecimento de medicamento” e “não padronizado” e “oncológico” e “sem registro na ANVISA” e “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”.

Observa-se uma grande diferença nos quantitativos de novas ações de saúde entre 2019 e 2020, o que não atribuímos à pandemia de Covid-19, mas à mudança no Painel Estatístico do Conselho Nacional de Justiça, que a partir de 2020 contou com a classificação das ações com mais detalhamento por assunto. Até 2019 a única classificação dos processos de saúde referia-se exclusivamente ao fornecimento de medicamentos. Logo, entre 2014 a 2019 não é possível filtrar os processos cujos medicamentos postulados são da responsabilidade financeira do Fundo Nacional de Saúde.

Em razão de os dados dos novos ajuizamentos de processo de saúde no período de 2012 a 2022 não permitirem apurar quais são aqueles processos em que os medicamentos postulados são de responsabilidade financeira do Fundo Nacional de Saúde (componente farmacêutico especializado), a solução da questão objeto da presente pesquisa *O valor, em moeda nacional, de recursos orçamentários destinados ao Fundo Nacional de Saúde gera impacto no ajuizamento de processos judiciais reclamando atendimento de saúde?* muito provavelmente não terá a resposta com a precisão matemática que se buscava inicialmente.

Ainda assim, no próximo tópico vamos comparar os dados coletados para melhor entender o fenômeno entre financiamento público de medicamentos e a judicialização da saúde.

3.3 Análise comparativa entre orçamento do FNS referente ao Componente Farmacêutico Especializado e o ajuizamento de novas ações de saúde para fornecimento do Componente Farmacêutico Especializado

Como já mencionamos, embora tenha sido possível coletar os dados orçamentários do Fundo Nacional de Saúde para aquisição de medicamentos do componente farmacêutico especializado relativamente ao período compreendido entre 2012 a 2022, não foi possível obter dados precisos relativamente ao ajuizamento de novas ações de saúde para fornecimento de medicamentos do componente farmacêutico especializado relativamente ao mesmo período.

Nos anos de 2012 e 2013 não há dados nos painéis estatísticos do Poder Judiciário que tratem especificamente de ações de saúde e os dados foram obtidos a partir da pesquisa realizada pelo INSPER e CNJ (2019).

Para os anos de 2014 a 2019 foi possível a obtenção do número de novas ações de saúde que tratam do fornecimento de medicamentos, mas sem que tenha sido possível filtrar quais os tipos de medicamentos postulados, ou seja, se eram referentes ao componente farmacêutico especializado, de responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde. Presumimos que não se pode considerar que a totalidade das ações em que se postula o fornecimento de medicamentos sejam referentes a tal componente, dadas as outras possibilidades existentes (componente farmacêutico básico - custeio municipal, e componente farmacêutico estratégico - custeio estadual, além de fármacos não padronizados e de fármacos não registrados na ANVISA). Logo, nem todos os medicamentos cuja postulação é realizada judicialmente são medicamentos custeados pelo Fundo Nacional de Saúde. A dificuldade na obtenção de dados junto ao Poder Judiciário também é um fato mencionado em pesquisa realizada pelo INSPER e Conselho Nacional de Justiça (INSPER e CNJ, 2019, pág. 28-33).

Para os anos de 2020 a 2022, com a implementação do painel Data Jud, foi possível apurar a totalidade de novas ações de saúde e realizar uma filtragem bem específica por assunto de cada processo. Ainda, como considerado nos relatórios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2020, pág. 237; CNJ, 2021, pág. 270-271; CNJ, 2022, pág. 275), é possível que um processo seja contabilizado mais de uma vez. Isso ocorre porque cada processo, ao ser classificado, pode receber mais de

uma classificação relacionada ao assunto saúde, como por exemplo, “fornecimento de medicamentos” e “oncológico” e “não padronizado” e “não registrado na ANVISA”.

Todas essas informações permitem concluir que qualquer tratamento de dados comparativos entre orçamento do FNS, especialmente no que tange ao custeio dos componentes farmacêuticos especializados, e novas ações de saúde não terão a adequada precisão matemática em razão da incerteza dos dados relativamente ao ajuizamento de novas ações de saúde que envolvam o componente farmacêutico especializado. Ainda assim, passamos à análise dos dados.

No item 3.1 apresentamos a tabela com os valores do orçamento do Fundo Nacional de Saúde, dos valores empenhados para o custeio do Componente Farmacêutico Especializado e dos valores Realizados com o custeio do Componente Farmacêutico Especializado para o período objeto da presente pesquisa.

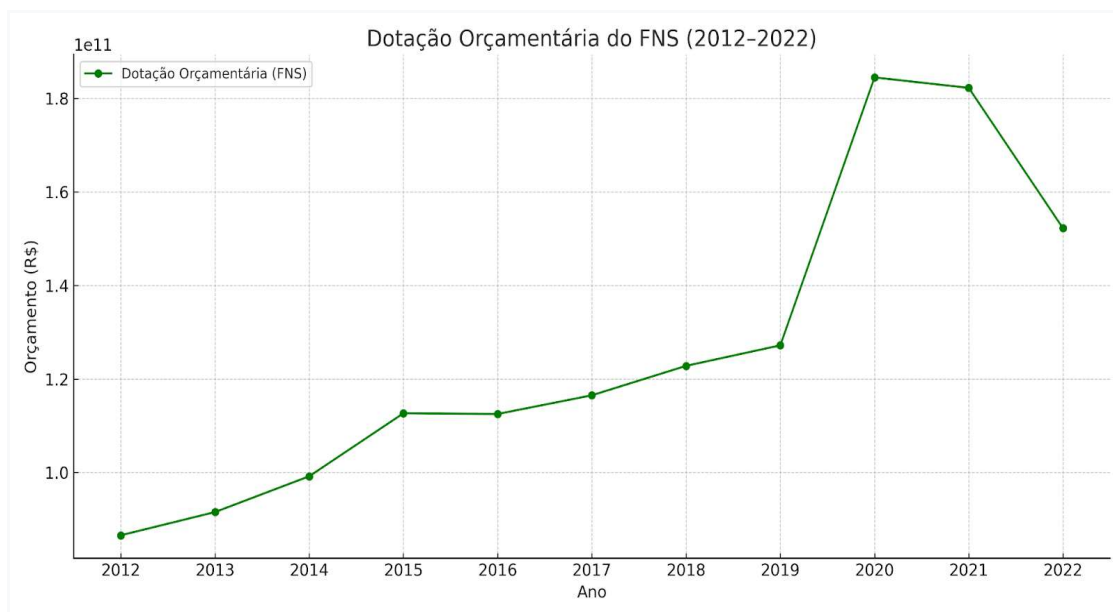
Abaixo apresentamos a evolução anual desses valores coletados, consoante segue.

Evolução da Dotação Orçamentária do FNS 2012-2022

Ano	Dotação Orçamentária (R\$)
2012	86.563.737.679,00
2013	91.532.792.909,00
2014	99.190.624.434,00
2015	112.663.430.094,00
2016	112.508.947.288,00
2017	116.506.661.720,00
2018	122.804.060.000,00
2019	127.192.694.000,00
2020	184.491.548.800,00
2021	182.255.200.000,00
2022	152.375.700.000,00

Fonte: FNS, Relatórios de Gestão (2012 a 2015) e Painel da Transparência (2016 a 2022)

O gráfico abaixo permite a visualização da oscilação da dotação orçamentária do Fundo Nacional de Saúde no período 2012-2022:



Fonte: elaborado pela autora

Verifica-se que apesar de a Emenda Constitucional nº 95/2016 ter instituído no novo regime fiscal, com a implementação do chamado “teto de gastos”, ainda assim houve o aumento da dotação orçamentária do FNS entre 2017 e 2022, com destaque para os anos de 2020 e 2021, em que ocorreu a pandemia de Covid-19.

Quanto aos valores empenhados para o custeio do Componente Farmacêutico Especializado, temos os seguintes dados:

Evolução Empenho Orçamentário Componente Farmacêutico Especializado FNS 2012-2022

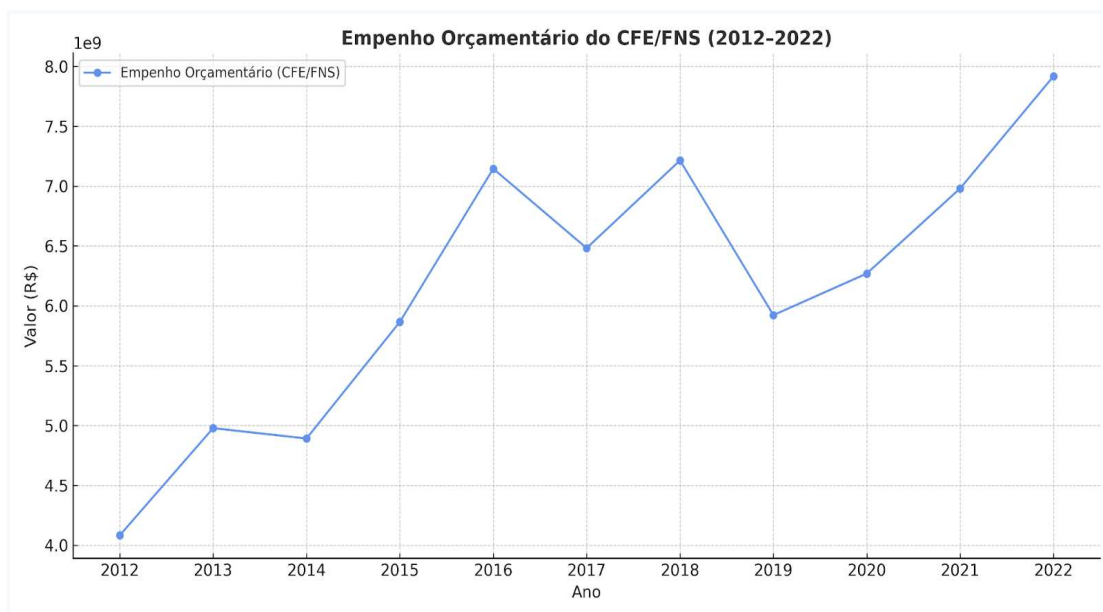
Ano	Empenho Orçamentário (R\$)
2012	4.082.149.970,00
2013	4.977.533.931,99
2014	4.890.818.829,80
2015	5.865.366.798,00
2016	7.144.666.065,24

2017	6.481.511.547,15
2018	7.217.097.546,00
2019	5.921.675.172,00
2020	6.268.999.000,00
2021	6.980.000.000,00
2022	7.917.100.000,00

Fonte: FNS, Relatórios de Gestão (2012 a 2015) e Painel da Transparência (2016 a 2022)

Aqui já é possível verificar uma diminuição dos valores empenhados entre 2016 e 2017, este último ano já com o novo regime fiscal implementado pela EC nº 95/2016. Todavia, a partir de 2018 há uma nova tendência de alta.

O gráfico abaixo permite verificar a variação do empenho em cada ano analisado para o Componente Farmacêutico Especializado:



Fonte: elaborado pela autora

O valor que foi efetivamente realizado tem uma ligeira variação para menor em 2017, aumentando em 2018 e caindo bastante em 2019, com tendência de aumento a partir de então.

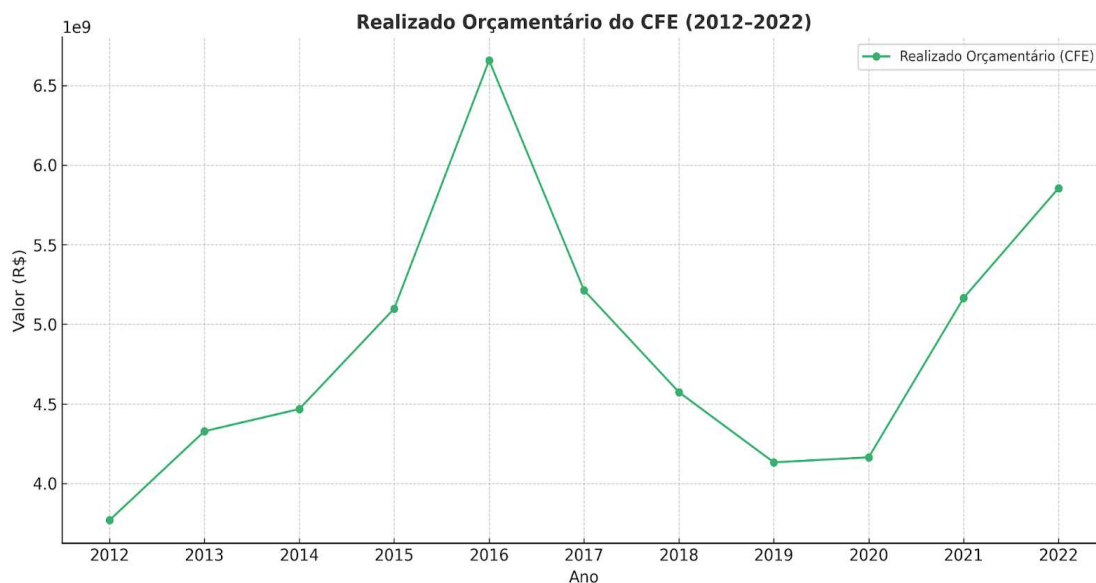
A efetiva realização orçamentária para o Componente Farmacêutico Especializado do FNS 2012-2022, todavia, foi a seguinte:

Realização Orçamentária do Componente Farmacêutico Especializado FNS 2012-2022

Ano	Realizado Orçamentário (RS)
2012	3.769.736.957,12
2013	4.328.468.029,36
2014	4.467.911.070,37
2015	5.098.792.824,00
2016	6.657.713.094,90
2017	5.213.853.260,18
2018	4.573.689.943,00
2019	4.133.070.028,00
2020	4.164.728.000,00
2021	5.165.500.000,00
2022	5.855.000.000,00

Fonte: FNS, Relatórios de Gestão (2012 a 2015) e Painel da Transparência (2016 a 2022)

E o gráfico abaixo permite visualizar melhor a diferença de cada período considerado:

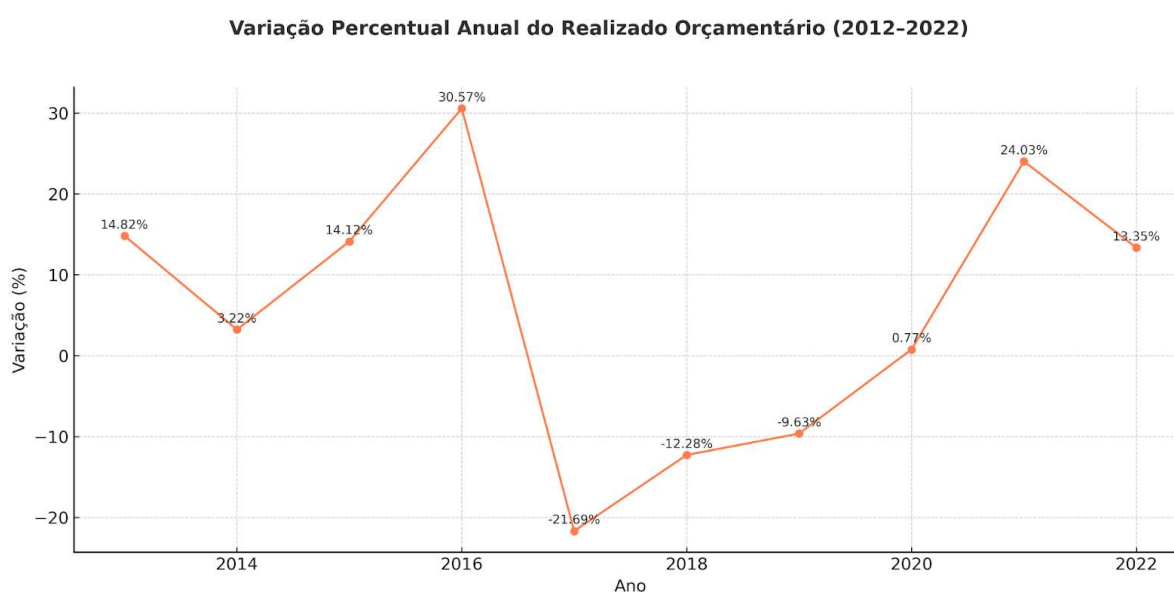


Fonte: elaborado pela autora

A comparação da variação percentual anual dos valores realizados para a aquisição dos fármacos integrantes do Componente Farmacêutico Especializado é demonstrada abaixo, utilizando-se a seguinte fórmula matemática:

$$Variação (\%) = \left(\frac{Valor\ ano\ atual - Valor\ ano\ anterior}{Valor\ ano\ anterior} \right) \star 100$$

Como não há valores anteriores ao ano de 2012, não foi calculada a variação percentual para aquele ano. Segue o gráfico:



Fonte: elaborado pela autora

Importante observar que entre 2014 a 2016 a tendência de gasto com o componente farmacêutico especializado é de alta e no ano de 2017 há uma grande variação percentual para menor, como nova tendência de alta a partir de 2018.

Tal circunstância pode ser explicada pela promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu o chamado “teto de gastos” públicos, como já mencionamos anteriormente. Pela regra constitucional, as despesas primárias, dentre as quais encontram-se aquelas relacionadas à saúde, não podiam ser superiores à inflação medida pelo IPCA. Desse modo, as despesas com saúde só podiam aumentar também com base no percentual inflacionário medido pelo IPCA, sem qualquer ganho real acima da inflação do período. Apesar disso, o orçamento do Fundo Nacional de Saúde, como um todo, teve elevação. Ou seja, a queda ocorreu somente para o orçamento do componente farmacêutico especializado.

O gráfico da variação percentual acima demonstra uma variação percentual crescente a partir de 2017 até o ano de 2022 para o orçamento do componente farmacêutico especializado, mas sem chegar ao mesmo patamar do ano de 2016. Assim, não se pode descartar outros fatores que atuaram para refletir na dotação orçamentária no período, o que, contudo, não é objeto do presente estudo.

Assim, examinados os dados coletados relativamente ao orçamento do Fundo Nacional de Saúde e ao custeio ao Componente Farmacêutico Especializado, o estudo segue para examinar os dados coletados relativamente às novas ações judiciais de saúde para o mesmo período histórico.

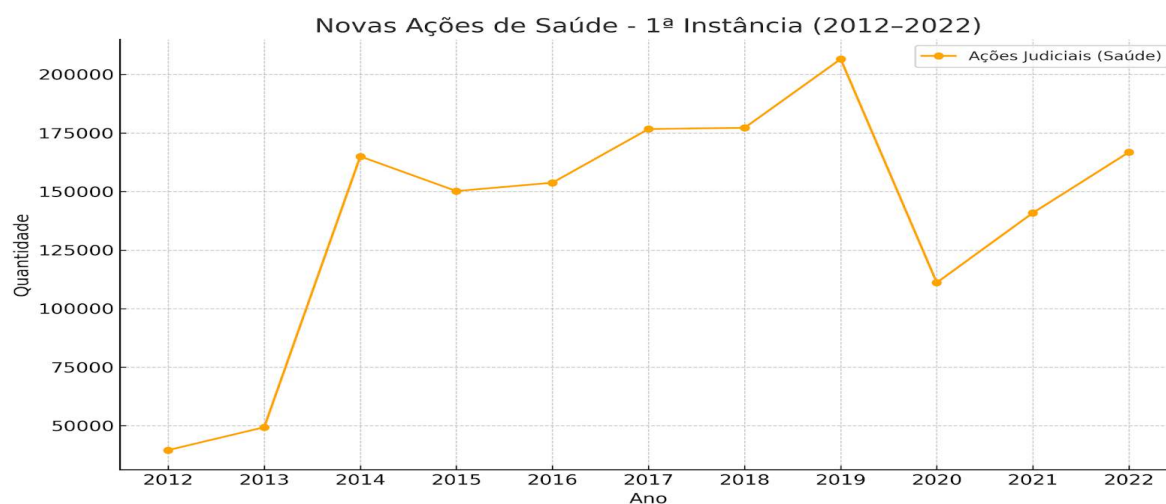
Abaixo a tabela com os dados coletados, consoante apresentado no item 3.2 do presente trabalho:

Ano	Novas Ações Saúde - 1ª instância
2012	39.590
2013	49.374
2014	165.037
2015	150.221

2016	153.788
2017	176.716
2018	177.238
2019	206.610
2020	111.111
2021	140.901
2022	166.837

Fonte: INSPE e CNJ (2019) e Painel Estatístico CNJ e Data Jud

O gráfico abaixo permite visualizar os valores de cada ano:



Fonte: Elaborado pela autora

É possível observar que após a instituição do novo regime fiscal pela Emenda Constitucional nº 95/2016 houve um incremento na quantidade de novas ações judiciais que supera a alta do ano de 2014. Ou seja, a partir de 2017 há sempre aumento anual de novos ajuizamentos de processo de saúde até o ano de 2020, quando teve início a pandemia de Covid-19 e o número de novos ajuizamentos caem.

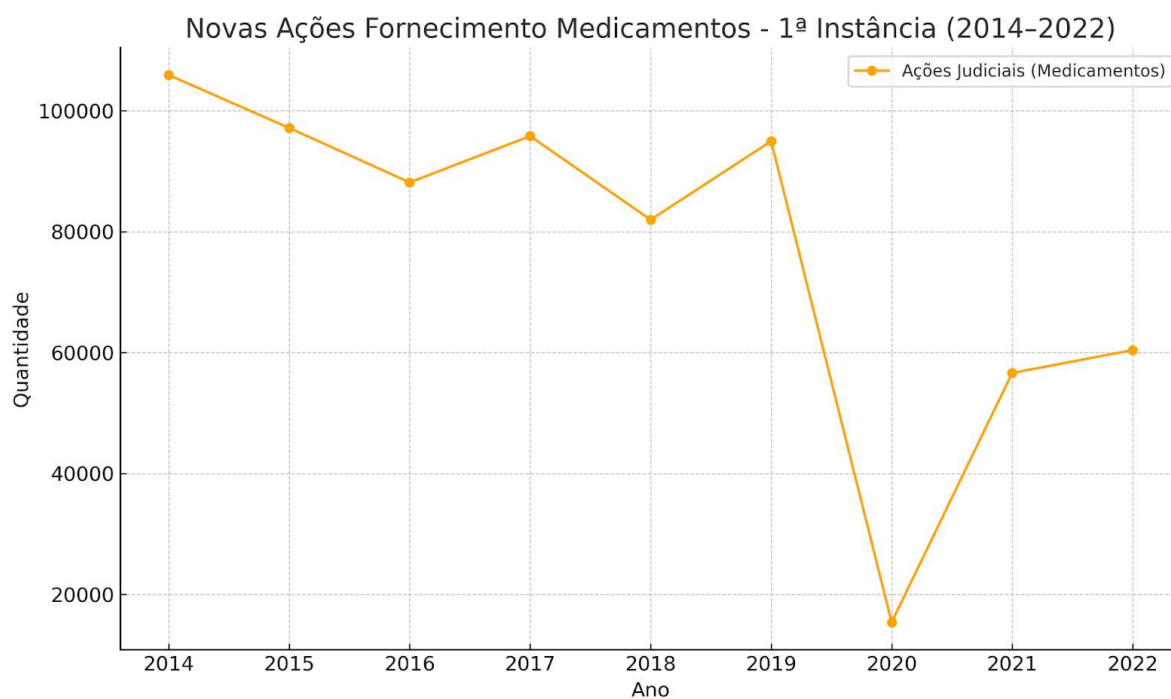
Quanto aos processos que tratam do fornecimento de medicamentos, a tabela a seguir (apresentada no item 3.2 da presente dissertação) traz os seguintes valores para os novos ajuizamentos²⁰:

Ano	Novas Ações Saúde Fornecimento Medicamentos - 1ª Instância
2012	Não há dados
2013	Não há dados
2014	105.911
2015	97.154
2016	88.139
2017	95.800
2018	81.970
2019	94.965
2020	15.389
2021	56.614
2022	60.407

Fonte: Painel Digital do CNJ e Data Jud

O gráfico abaixo permite uma melhor visualização das variações anuais:

²⁰ Observar que foi utilizado o filtro por assunto para os anos de 2020 a 2022 considerando “saúde” e “saúde pública” e “fornecimento de medicamento” e “não padronizado” e “oncológico” e “sem registro na ANVISA” e “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”, como descrito no item 3.2 do presente trabalho.

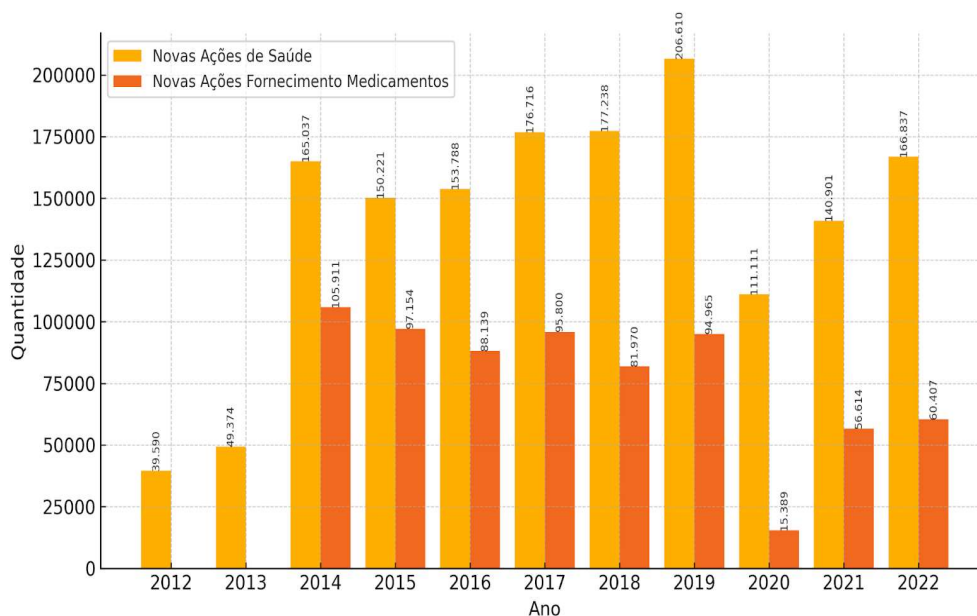


Fonte: elaborado pela autora

Observe-se que não há dados para os anos de 2012 e 2013 quando se faz o filtro pelo assunto “fornecimento de medicamentos”, como foi explicitado no item 3.2 da presente dissertação e por essa razão, não se faz possível estabelecer qualquer comparação relativamente a esse período.

Comparando-se os números das novas ações de saúde com as novas ações para fornecimento de medicamentos, tem-se o gráfico abaixo:

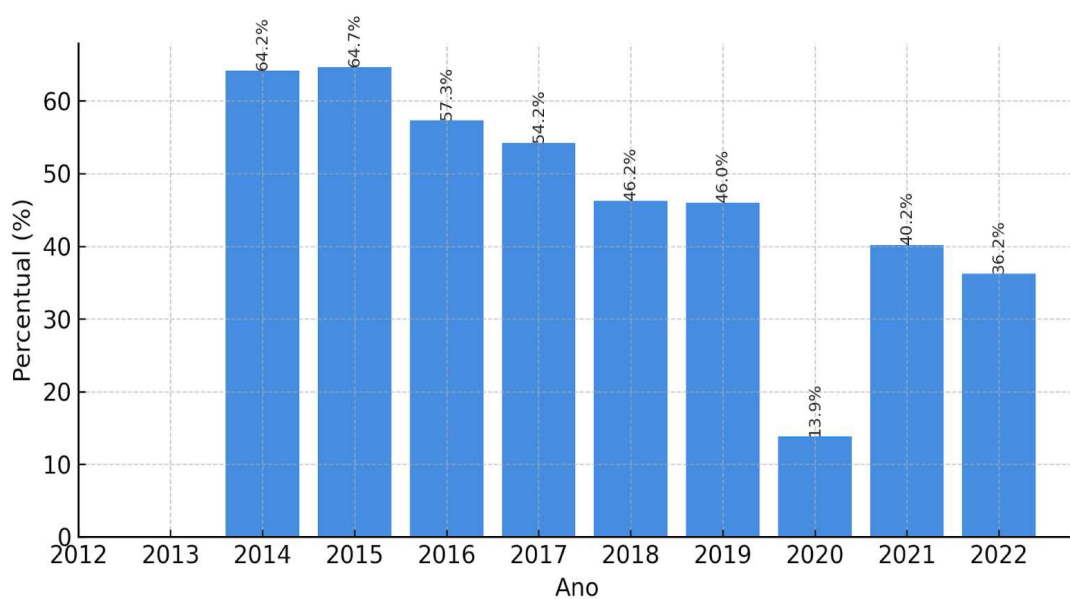
Comparação de Novas Ações - Saúde vs. Fornecimento de Medicamentos (2012-2022)



Fonte: elaborado pela autora

Abaixo apresenta-se o quanto as novas ações de fornecimento de medicamentos representam percentualmente relativamente aos novos ajuizamentos de processos de saúde:

Percentual de Ações de Fornecimento de Medicamentos em relação às Ações de Saúde (2014-2022)



Fonte: elaborado pela autora

Percebe-se que com exceção do ano de 2020, com o início da pandemia de Covid-19, os novos ajuizamentos de ações para fornecimento de medicamentos correspondem a um grande percentual das ações de saúde propriamente ditas. Apesar disso, as ações com pedido de fornecimento de medicamentos vão sendo em menor número em face das ações de saúde como um todo. Há duas explicações possíveis para isso: (i) problema na base de dados coletados, tendo em vista que a partir do ano de 2020 foi implementado o Data Jud, que criou filtros mais específicos para a coleta de informações; (ii) julgamento, pela suprema corte, no ano de 2019, do Recurso Extraordinário nº 855.178 (Tema 793), que tratou da solidariedade dos entes federados para o fornecimento de medicamentos, permitindo que o ajuizamento de ações que postulavam medicamentos do Componente Farmacêutico Especializado tramitassem na Justiça Estadual e reduzindo, assim, os ajuizamentos na Justiça Federal.

A seguir, para fins de buscar a existência de relação estatística entre o orçamento do Fundo Nacional de Saúde relativamente à aquisição dos medicamentos do Componente Farmacêutico Especializado e as novas ações judiciais de saúde relativamente ao fornecimento de medicamentos, foram considerados exclusivamente os dados coletados para os anos de 2020 a 2022. Isso porque como explicado anteriormente, para os anos de 2012 a 2019 não foi possível filtrar os dados coletados junto ao Poder Judiciário para que apenas processos de saúde, relativamente a fornecimento de medicamentos do componente farmacêutico especializado pudessem entrar no cálculo.

Considerando a existência de duas variáveis consideradas, foi utilizado o modelo de regressão linear simples. Para estimar a relação entre as variáveis sob exame, estabeleceu-se que os valores do orçamento do Fundo Nacional de Saúde para aquisição do Componente Farmacêutico Especializado são a variável independente, porque é um dado regulado pela lei orçamentária anual e nos anos de 2020 a 2022 os recursos disponíveis estiveram regidos pelas disposições da Emenda Constitucional nº 95/2016, ou seja, não poderiam aumentar exclusivamente em razão do maior número de ajuizamentos de ações de saúde no ano anterior.

Como variável dependente estabeleceu-se os valores dos novos ajuizamentos de ações de saúde nos anos de 2020 a 2022 para processos

classificados por assunto com os filtros “saúde” e “saúde pública” e “fornecimento de medicamento” e “não padronizado” e “oncológico” e “sem registro na ANVISA” e “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”.

Considerando que foi possível analisar apenas três períodos da amostra coletada, os cálculos foram realizados de forma manual, sem a utilização de programa estatístico, e estão demonstrados abaixo.

A fórmula da regressão linear simples utilizada foi:

$$y = \alpha + \beta x$$

Em que:

y é a variável dependente (o que se quer prever)

x é variável independente (explicativa)

α é o intercepto (valor de Y quando X=0)

β é o coeficiente angular ou inclinação da reta (quanto y varia quando x aumenta uma unidade)

A fórmula de cálculo do coeficiente angular β é a seguinte:

$$\beta = \left(\frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sum (x_i - \bar{x})^2} \right) \text{ onde } \Sigma \text{ é o somatório; } x_i \text{ é o valor de}$$

cada variável independente X; y_i é o valor de cada variável dependente y; \bar{x} é a média de x e \bar{y} é a média de y.

A fórmula para calcular o valor de α é:

$\alpha = \bar{y} - \beta \bar{x}$, onde \bar{y} é a média de y; β é o coeficiente angular e \bar{x} é a média de x.

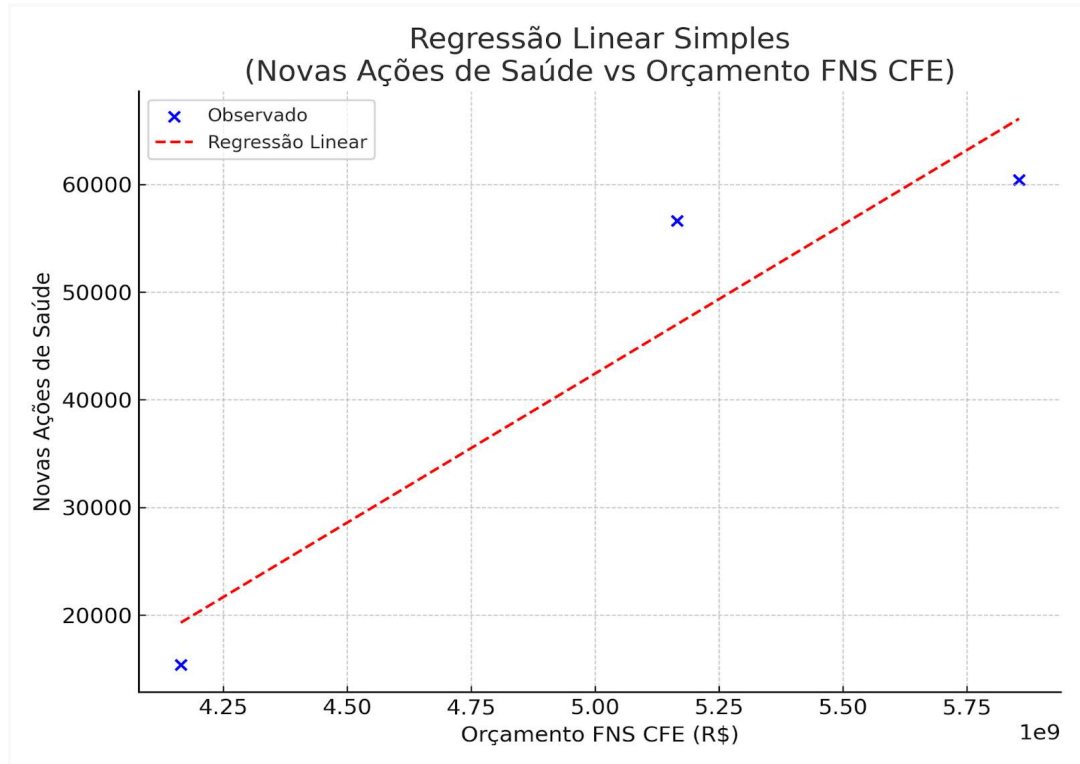
O resultado da regressão linear simples consta na tabela abaixo:

Ano	Orçamento FNS CFE (R\$) (x)	Novas Ações Saúde CFE (y)	(y) Previsto
2020	4.164.728.000,00	15389	19.307
2021	5.165.500.000,00	56614	47.008

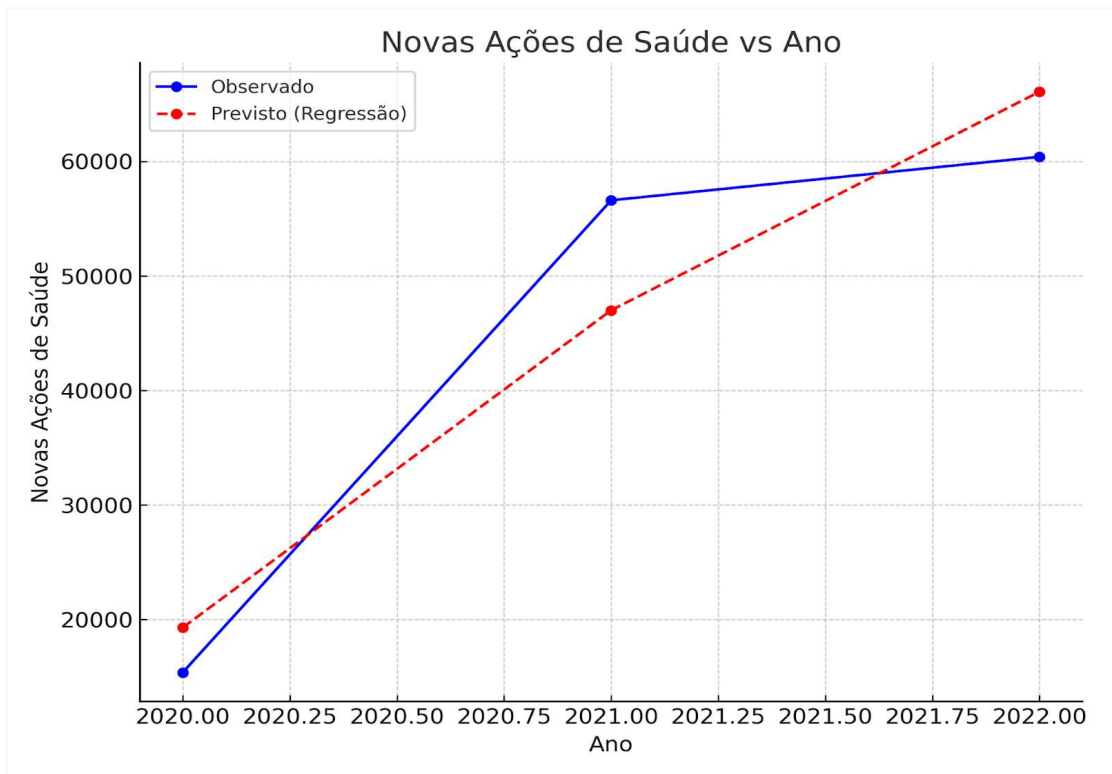
2021	5.855.000.000,00	60407	66.094
------	------------------	-------	--------

Fonte: Painel da Transparência, Data Jud e autora

O gráfico da regressão linear simples denota uma relação positiva entre as variáveis consideradas:



Fonte: elaboração própria



Fonte: elaborado pela autora

O gráfico acima demonstra a previsão de novas ações de saúde calculada no modelo de regressão linear. Percebe-se que a previsão fica aquém da realidade em alguns momentos e no ano de 2022 fica além. Tal circunstância pode ser explicada tanto pelo tamanho da amostra, que é reduzida em função da limitação na coleta dos dados e também porque o modelo não considerou outras variáveis que podem ter incidência no comportamento orçamentário e também nos ajuizamentos.

Ainda assim, seguindo no exame da amostra e para fins de estudo da existência de correlação entre as variáveis orçamento e novas ações de saúde, utilizamos dois métodos de cálculo.

O primeiro deles foi o cálculo de correlação de Pearson, que mede a linearidade entre as variáveis. A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$r = \frac{\sum(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum(y_i - \bar{y})^2}}$$

Em que:

x_i = valor individual da variável x

\bar{x} = média de todos os valores de x

y_i = valor individual da variável y

\bar{y} = média de todos os valores de y

Considerando os valores da tabela abaixo:

Ano	Orçamento FNS CFE (R\$) (x)	Novas Ações Saúde (y)
2020	4.164.728.000,00	15389
2021	5.165.500.000,00	56614
2022	5.855.000.000,00	60407

Fontes: Painel da Transparência e Data Jud

O resultado será:

$$r = 40.000.000.745.380 \div 42.417.481.234,21 \approx 0,943$$

A correlação entre variáveis é descrita como a força do relacionamento linear entre elas e o cálculo varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior a existência de correção e quanto mais próxima de -1, menos a correlação entre elas.

O resultado apurado através da Regressão de Pearson indica correlação positiva entre os valores dos orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição do componente farmacêutico especializado e os novos ajuizamentos de saúde para a aquisição do mesmo tipo de medicamento.

Para apurar o quão forte é a relação de correlação entre as variáveis, realizados o cálculo do R^2 :

$$R^2 = r^2$$

$$R^2 = (0,943)^2 = 0,888$$

O resultado apurado demonstra a existência de uma forte correlação entre o valor do orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a compra de medicamentos do componente especializado e os novos ajuizamentos de saúde para a aquisição do mesmo tipo de medicamento.

Todavia, considerando que no ano de 2020 teve início a pandemia de Covid-19, pode-se considerar que para o ano de 2020 os dados saem fora da normalidade da série histórica, pois há um número muito menor de novas ações de saúde para a aquisição do componente farmacêutico especializado.

Tendo em vista essa constatação, também se procedeu ao cálculo do coeficiente de correlação utilizando-se o método de Tau de Kendall, que é mais específico para quando a distribuição da amostra apresenta anormalidade. Todavia, esse cálculo não considera a existência de linearidade entre as variáveis.

A equação utilizada foi:

$$\tau = \frac{Nc - Nd}{\frac{1}{2}N(N-1)}$$

Em que:

N = número total de observações

Nc = número de pares concordantes

Nd = número de pares discordantes

$\frac{1}{2}N(N - 1)$ = número de pares disponíveis entre os dados

O par é considerado concordante quando:

$x_i > x_j$ e $y_i > y_j$ ou $x_i < x_j$ e $y_i < y_j$

O par é considerado discordante quando:

$x_i > x_j$ e $y_i < y_j$ ou $x_i < x_j$ e $y_i > y_j$

Se \mathcal{T} for igual a 1, há correlação perfeitamente crescente, se \mathcal{T} foi igual a -1 haverá associação perfeitamente decrescente e se \mathcal{T} for igual a zero não haverá associação monótona.

O cálculo realizado está demonstrado abaixo:

Pares considerados: Ano de 2020: 1. (4.164.728.000, 15.389)

Ano de 2021: 2. (5.165.500.000, 56.614)

Ano de 2022: 3. (5.855.000.000, 60.407)

O primeiro par comparado ao segundo par indica que ambos sobem, sendo concordantes. O primeiro par comparado ao terceiro par indica que ambos sobem, sendo concordantes. O segundo par comparado ao terceiro par indica que ambos sobem, sendo concordantes.

$$Nc = 3 \text{ (três pares concordantes)}$$

$$Nd = 0 \text{ (zero pares discordantes)}$$

$$\text{Número total de pares: } \frac{3(3-1)}{2} = 3$$

$$\mathcal{J} = \frac{3-0}{3} = 1$$

O resultado para os pares indicados é que há uma perfeita correlação monótona entre os valores do orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição do Componente Farmacêutico Especializado e as novas ações de saúde para fornecimento desses medicamentos para os anos de 2020 a 2022, mesmo considerando a anomalia relativamente ao ano de 2020 em função da pandemia.

Embora o modelo aplicado seja extremamente singelo, uma vez que deixa de considerar outras variáveis, como por exemplo limitações orçamentárias, a pandemia de Covid-19 no ano de 2020 que refletiu no menor número de ações judiciais naquele ano, etc., o resultado apurado permite concluir que há uma correlação positiva entre o orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição de Componente Farmacêutico Especializado e o número de novas ações de saúde relativamente ao mesmo tipo de medicamento.

Inicialmente se imaginava que haveria uma correlação negativa entre as variáveis, ou seja, que quanto menor fosse o orçamento para a aquisição dos medicamentos do componente farmacêutico especializado, maior seria o número dos novos ajuizamentos de ações de saúde postulando os mesmos medicamentos. No entanto, os números coletados não demonstraram esse comportamento nas variáveis analisadas e ao contrário, apontaram que a correlação entre elas foi positiva.

Considerando que o orçamento tem periodicidade anual e coincide com o exercício fiscal, pode-se pensar, inclusive, que o resultado encontrado resulta do fato de que o orçamento público é reativo ao ajuizamento de novas ações postulando medicamentos do componente especializado. Isso significa que ao elaborar o orçamento para o ano subsequente, o governo estaria considerando o dispêndio com o componente farmacêutico especializado relativamente às ações de saúde já em andamento, o que seria lógico.

No entanto, não se pode afirmar categoricamente que essa seja a causa exclusiva do fenômeno, porque como já foi explicado, há outras variáveis envolvidas que não foram pesquisadas, como limitações orçamentárias por força do regime fiscal e até mesmo em função da própria demanda corrente relativamente aos fármacos, que decorre da prestação de assistência à saúde e não depende da judicialização.

Percebe-se que há uma limitação relativamente aos dados coletados, especialmente relativos ao ajuizamento de novas ações de saúde, que inviabiliza o exame mais aprofundado do federalismo brasileiro sob a ótica da política pública de assistência farmacológica, seu desenvolvimento e financiamento através dos Fundos de Saúde.

Considerações Finais

No início desta jornada de pesquisa, que teve como problema central saber se o valor, em moeda nacional, de recursos orçamentários destinados ao Fundo Nacional de Saúde gera impacto no ajuizamento de processos judiciais reclamando atendimento de saúde, havia uma ideia de correlação entre essas duas variáveis: orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição de medicamentos do componente farmacêutico especializado e o ajuizamento de novos processos postulando o fornecimento destes medicamentos. Todavia, não se sabia ao certo a medida dessa correlação e tampouco se era positiva ou negativa.

Restou claro pelo contexto histórico analisado no primeiro capítulo deste trabalho que o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, que culminou com a implementação do Sistema Único de Saúde, reflete as fases do federalismo brasileiro.

Há momentos de *demos enabling* e de *demos contraining* relativamente ao federalismo, e há um certo consenso de que são em momentos de *demos contraining*, em que há a maior parte do desenvolvimento das políticas sociais. A criação do Fundo Nacional de Saúde surge exatamente no auge da ditadura militar, no ano de 1969, um momento de *demos contraining* do federalismo no Brasil.

Do mesmo modo, é no final da ditadura militar que são fundadas as bases do Sistema Único de Saúde, quando ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. Os parâmetros ali fixados são os fundamentos do regramento do SUS - Sistema Único de Saúde, depois inserido na Constituição Federal de 1988.

A partir do novo texto constitucional, com a saúde eleita como um direito constitucional fundamental e com a regra da solidariedade entre os entes federados na prestação e financiamento de serviços de saúde, é que pouco a pouco vai se desenvolvendo um complexo sistema administrativo para viabilizar as normas programáticas constitucionais.

O complexo sistema tributário existente para a obtenção de financiamento da saúde foi apresentado com o enfoque para os recursos destinados a compor o orçamento da Seguridade Social, do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, uma das políticas públicas de saúde implementadas com o advento da Constituição Federal, trouxe para cada ente da federação atribuição específica de financiamento relativamente ao componente farmacêutico básico (Cbfaf), ao componente farmacêutico estratégico (Cesaf) e ao componente farmacêutico especializado (Ceaf).

Entre as atribuições de cada ente da federação, ficou a cargo da União o financiamento do componente farmacêutico especializado através de aquisição direta desses fármacos via Ministério da Saúde e distribuição aos estados federados ou através de repasses do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde.

A partir do segundo capítulo deste trabalho foi possível analisar a judicialização da saúde desde o seu surgimento até a atualidade. Verificou-se a

existência de inúmeras políticas públicas que envolvem a prestação de serviços de saúde e foi possível constatar que a discussão sobre fornecimento de medicamentos pelo poder público sempre envolveu as maiores discussões relativamente à judicialização.

Quando se trata da judicialização da saúde, percebeu-se que o Poder Judiciário passou a ser um ator atuante no cenário da prestação de saúde, especialmente a contar do ano de 2010. Talvez a principal causa de o Poder Judiciário ter sido integrado ao jogo político diga respeito à falha na implementação da política pública inicialmente desenhada e ao não cumprimento das regras para a sua aplicação.

Se, de um lado, a norma constitucional refere a solidariedade entre os entes federados na implementação e prestação de políticas públicas de saúde, de outro lado ficou evidente que em termos de financiamento de políticas públicas de saúde há um regramento tributário específico envolvendo a participação da União, dos Estados federados e dos Municípios.

Os estudos realizados por Wang (2013) e por Cunha (2020) sobre judicialização da saúde apontavam para a necessidade de que fossem estabelecidos critérios com base na medicina baseada em evidências para o fornecimento de medicamentos. Os julgamentos mais recentes do Supremo Tribunal Federal demonstraram seguir as diretrizes apontadas pelos pesquisadores, consoante as teses fixadas no Tema 6 e no Tema 1.234 e a edição da Súmula Vinculante nº 61.

Na última parte da presente pesquisa, o grande desafio foi conectar os dados existentes entre o orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição de medicamentos do componente farmacêutico especializado e o número de novas ações de saúde postulando o fornecimento destes mesmos medicamentos.

A obtenção dos dados orçamentários para o período da pesquisa, anos de 2012 a 2022, revelou um incremento do orçamento do Fundo Nacional de Saúde ao longo da década.

Todavia, quando se trata do orçamento para aquisição do componente farmacêutico especializado, o incremento existe apenas entre os anos de 2012 a

2016. A partir do ano de 2017 o orçamento do Fundo Nacional de Saúde para a aquisição do componente farmacêutico especializado cai em relação aos valores do ano de 2016. Embora entre os anos de 2017 a 2022 tenha havido uma elevação gradual deste orçamento, ela nunca atingiu o mesmo valor do ano de 2016.

A primeira ideia seria de que esse fenômeno poderia ser explicado pelo novo regime fiscal implementado pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Todavia, isso também estaria refletido no orçamento geral do FNS, o que não foi observado, uma vez que ele teve aumento nos anos subsequentes ao ano de 2016.

A pandemia de COVID-19 também poderia ser uma explicação para a queda orçamentária do componente farmacêutico especializado do FNS, mas só para os anos de 2020 a 2022, o que não explicaria a queda nos anos compreendidos entre 2017 a 2019, comparando-se com os valores do ano de 2016.

Quando a investigação passou para o número de novas ações de saúde que postulavam medicamentos do componente farmacêutico especializado, constatou-se a inexistência de dados estatísticos completos que permitissem o adequado exame. Foi possível obter os dados de novas ações que envolvessem o assunto saúde nos anos de 2012 a 2022, mas só foi possível filtrar processos que tratassem de medicamentos a contar do ano de 2014. E ainda assim, não se pode aplicar filtros entre 2014 a 2019 para apurar que tipo de medicamento era postulado. Assim, apenas a partir do ano de 2020 é que foi possível filtrar medicamentos cuja competência de financiamento orçamentário fosse da União, via orçamento do Fundo Nacional de Saúde. E como asseverado, os dados obtidos podem não corresponder à realidade, porque como os processos judiciais recebem mais de um assunto na classificação, é possível que processos com dois assuntos que indiquem medicamento de responsabilidade da União seja computado mais de uma vez na base de dados estatística do Data Jud.

Embora essa situação relativamente à coleta de dados do Poder Judiciário, constatou-se que entre 2014 a 2019 houve aumento no número de novas ações de saúde no Poder Judiciário federal e que para o mesmo período, as ações que tratam de pedido de medicamentos tiveram uma variação entre elevação e queda a cada ano entre 2014 e 2019. No ano de 2017, quando já estava vigente a Emenda Constitucional nº 95/2016, o número de novas ações postulando medicamentos

aumenta consideravelmente em relação ao ano de 2016. Cai novamente em 2018 e aumenta substancialmente no ano de 2019.

Já no período entre 2020 a 2022, tem-se queda no número de novas ações de saúde, se comparado aos anos anteriores (2014 a 2019). Creditamos tal circunstância à alteração na base de dados realizada pelo Conselho Nacional de Justiça, ao implementar o Data Jud a contar do ano de 2020. Tornou-se possível realizar a pesquisa utilizando filtros específicos como “saúde” e “saúde pública” e “fornecimento de medicamento” e “não padronizado” e “oncológico” e “sem registro na ANVISA” e “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”.

É fato, no entanto, que não se encontrou uma explicação precisa para que o orçamento do Fundo Nacional de Saúde para o componente farmacêutico especializado tenha sido reduzido a partir de 2017, em comparação ao orçamento do ano de 2016. Tal circunstância pode ser do novo regime fiscal implementado a contar de 2017 e pode ter refletido no maior número de ações postulando medicamentos no Poder Judiciário Federal. No entanto, como já mencionamos, dificuldades na base de dados do Poder Judiciário não permitiram um estudo matemático que pudesse corroborar essas afirmações. A dificuldade na coleta de dados foi um fato sublinhado em pesquisa realizada pelo INSPER e CNJ (2019), ao buscar dados para o período compreendido entre 2008 a 2017.

Dessa forma, procedeu-se à realização de um estudo matemático tão-somente para os anos de 2020 a 2022, quando a base de dados do Poder Judiciário foi modernizada com a implementação do Data Jud e foi possível aplicar filtro mais preciso sobre o tipo de medicamento que era postulado.

Realizando o cálculo de regressão linear simples, constatou-se uma relação positiva entre as variáveis, ou seja, quando o orçamento do componente farmacêutico especializado do FNS sobe, também há o aumento do número de novas ações de saúde postulando medicamentos cujo financiamento é de competência da União. O modelo de regressão linear simples não permitiu apurar com precisão o número de novas ações de saúde com base nos valores orçamentários do componente farmacêutico especializado e tal circunstância pode ter ocorrido em razão de fatores externos, como a pandemia de Covid-19 que

ocorreu nos anos estudados, mas também em razão de o período do estudo ser reduzido em termos de número de anos.

Em termos de correlação, tanto a Regressão de Pearson, como a Regressão de Tau de Kendall apontaram a existência de correlação positiva entre as variáveis.

Importa ressaltar que no início da pesquisa, havia a ideia de existência de correlação negativa entre as variáveis estudadas e tal circunstância não se refletiu nos cálculos realizados.

Outra hipótese ventilada para o resultado encontrado resulta do fato de que o orçamento público é reativo ao ajuizamento de novas ações postulando medicamentos do componente especializado. Isso significa que ao elaborar o orçamento para o ano subsequente, o governo estaria considerando o dispêndio com o componente farmacêutico especializado relativamente às ações de saúde já em andamento, o que seria lógico em termos de planejamento orçamentário.

Certo, todavia, é que não se pode presumir que esta seja a causa exclusiva do fenômeno, pois há outras variáveis envolvidas que não foram pesquisadas, como limitações orçamentárias por força do regime fiscal e até mesmo em função da própria demanda corrente relativamente aos fármacos, que decorre da prestação de assistência à saúde e não depende da judicialização.

Percebe-se também que houve uma limitação relativamente aos dados coletados, especialmente relativos ao ajuizamento de novas ações de saúde, que inviabilizou o exame mais aprofundado do fenômeno observado.

Referências

ALMEIDA CUNHA, Jarbas Ricardo. O (Des)financiamento do direito à saúde no Brasil: Uma reflexão necessária. *Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social*. jan-jun2021, Vol. 7 Issue 1, p59-77. 19p.

ALMEIDA CUNHA, Jarbas Ricardo. A efetivação constitucional do direito à saúde no Brasil: alternativas jurídicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). 2020. 328 f., il. Tese (Doutorado em Direito)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020. <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/38898>

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil Análise da Seguridade Social 2022 / ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social – Brasília: ANFIP, 2023. 134p.

AUREA, Adriana Pacheco. Magalhães, Luís Carlos G. de. Garcia, Leila Posenato. Santos, Carolina Fernandes dos. Almeida, Raquel Filgueiras de. Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: Estrutura Atual, Evolução Dos Gastos Com Medicamentos e Primeiras Evidências de Sua Eficiência, 2005-2008. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1658.pdf Acesso em 28 de outubro de 2024.

ARRETCHE, Marta. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. São Paulo: FGV Editora, 2012. Introdução, Capítulo 1 e 4: As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia.

BARBOSA RAMOS, Edith Maria; de Miranda Netto, Edson Barbosa. Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. Revista Debates, jan-abr2017, Vol. 11 Issue 1, p43-66, 24p. DOI 10.22456/1982-5269.71740

BRASIL. Congresso Nacional. Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, Exercício Financeiro 2017. Vol. IV, Detalhamento dos Créditos Orçamentários Órgão do Poder Executivo Presidência da República E Ministérios (exceto MEC). Disponível em chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2017/red_final/Volume_IV.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números Digital. Disponível em https://painéis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_I%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Data Jud. Disponível em <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Justiça em Números. Ano 2020. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/08/WEB-V3-Justi%C3%A7a-em-N%C3%BAmeros-2020-atualizado-em-25-08-2020.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Justiça em Números. Ano 2021. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-justica-em-numeros2021-221121.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Justiça em Números. Ano 2022. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/09/justica-em-numeros-2022-1.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 12, de 14 de fevereiro de 2006. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/rescnj_12.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 46, de 18 de dezembro de 2007, Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/rescnj_46.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Sistemas de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas. Disponível em https://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_assuntos.php

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Justiça em Números. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2017. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de

Justiça, 2019. Disponível em:
<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça
<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel>

BRASIL. Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, disponível em
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Controladoria Geral da União. Portal Transparência. Disponível em
<https://portaldatransparencia.gov.br/> e
<https://portaldatransparencia.gov.br/orcamento/despesas?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=2015&ate=2015&orgaos=UO36901&colunasSelecionadas=ano%2CorgaoSuperior%2CorgaoVinculado%2CunidadeOrçamentaria%2Cfuncao%2CsubFuncao%2Cprograma%2Cacao%2CcategoriaEconomico%2CgrupoDespesa%2CelementoDespesa%2CorcamentoInicial%2CorcamentoAtualizado%2CorcamentoRealizado%2CvalorEmpenhado%2CpercentualRealizado&ordenarPor=acao&direcao=asc>

BRASIL. Decreto nº 7.507/2011. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7507.htm Acesso em 23 de agosto de 2024

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29/2000. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 42/2003. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc42.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Disponível

em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm?ref=correiosabia.com.br Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 132, de 20 de dezembro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc132.htm#art1 Acesso em 28 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS. Relatório de gestão 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/auditorias/relatorio-de-gestao/relatorio-de-gestao-denasus-2020/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS. Relatório de gestão 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/auditorias/relatorio-de-gestao/relatorio-de-gestao-denasus-2021/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS. Relatório de gestão 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/auditorias/relatorio-de-gestao/relatorio-de-gestao-denasus-2022/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2018. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2019. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2020. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_MS_2020.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2021. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2022. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2022.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, disponível em https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, consulta a repasses. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/repasse-dia> acesso em 29 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Cronograma de execução mensal e programação orçamentaria e financeira do poder executivo federal 2022. Disponível em <https://portalfns.saude.gov.br/cronograma-de-execucao-mensal-e-programacao-orcamentaria-e-financeira-do-poder-executivo-federal-2022/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Relatório de Gestão Exercício 2012. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/RelatorioGestao2012FNSV1TCU.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Tomadas de Conta Anual 2013. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/RelatorioGestaoAnual2013.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Relatório de Gestão Exercício 2014. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/RelatorioGestaoAnual2014.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Relatório de Gestão Exercício 2015. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/RelatorioGestaoAnual2015.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Relatório de Gestão Exercício 2016. Disponível em chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio_Final_-_RGA_2016_FNS.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde : meio século de melhoria contínua do financiamento da saúde pública / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 124 p. : il. ISBN 978-65-5993-270-2 1. Fundo Nacional de Saúde (FNS). 2. História da saúde pública – Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título. II. Fundo Nacional de Saúde.

BRASIL. Presidência da República. Decreto no 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1973.

BRASIL. Lei Complementar nº 141/2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 207/2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp207.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080/90. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm acesso em 22 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm acesso em 29 de setembro de 2024.

BRASIL. Lei nº 9.656/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 12.858/2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12858.htm Acesso em 23 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Relatório Final. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-de-saude/2349-8-conferencia-nacional-d-e-saude-1986>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html> acesso em 29 de setembro de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 188/2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 913/2022. Disponível em https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-913-22-MS.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da secretaria de atenção especializada à saúde. 2017. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-c-ontas/relatorios-da-sas/relatorio-de-gestao-2017-completo-para-ms-pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 2022. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/publicada-a-relacao-nacional-de-medicamentos-rename-2022/> acesso em 17 de outubro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Repercussão Geral do Recurso Extraordinário nº 566.471, Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, data de julgamento: 03 de dezembro de 2007. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Repercussão Geral do Recurso Extraordinário nº 657.718. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, data de

juízo: 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>
Acesso em 22 de janeiro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Repercussão Geral do Recurso Extraordinário nº 855.178. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, DF, data de juízo: 05 de março de 2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4678356>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Repercussão Geral do Recurso Extraordinário nº 1.366.243. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, data de juízo: 16 de setembro de 2024 e 16 de dezembro de 2024. <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>
Acesso em 22 de janeiro de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Repetitivo Recurso Especial nº 1657156/RJ. Relator; Ministro Bendito Gonçalves. Brasília, DF, data de juízo 21 de setembro de 2018. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=201700256297&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>
Acesso em: 01 set. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coord.). Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 31-88.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Victor Aguiar de. A judicialização da saúde sob o olhar da Análise Econômica do Direito: um exame dos incentivos ao ajuízo e à solução

extrajudicial de conflitos. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, nº 3, p. 307-326, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5676>

CHEIN, Flávia. *Introdução aos modelos de regressão linear: um passo inicial para compreensão da econometria como uma ferramenta de avaliação de políticas públicas*. Brasília, DF, ENAP, 2019.

COLLUCCI, Cláudia. Municípios lideram a expansão dos gastos públicos com saúde no Brasil. Reportagem do jornal *Folha de São Paulo*, edição impressa em 02/02/2025, página A37. Disponível em <https://acervo.folha.uol.com.br/digital/compartilhar.do?numero=50909&anchor=6510680&pd=4f1f238cf96e53cb467f7fdde3dd83c7>

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2012. p. 591-659.

COSTA, VALERIANO. Federalismo. In: AVELAR, Lucia e CINTRA, Antônio Octávio. *Sistema político brasileiro: Uma introdução*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF, 2004.

COSTA, Fabricio Veiga; MOTTA, Ivan Dias da; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de. Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 7, nº 3, 2017, p. 844-874. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v7i3.4809>

DAHL, Robert. *Um prefácio à teoria democrática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. OATES, Wallace. An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, vol. 37, n. 3, pp. 1120-1149, Set. 1999.

DA ROS, L., & INGRAM, M. C. (2019). Power, activation, decision making, and impact: subnational judicial politics in Brazil. In S. M. Sterett, & L. D. Walker (Eds.), *Research Handbook on Law and Courts*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

DOWBOR, Monika. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova*, São Paulo, v. 78, p. 185-222, 2009

ESPING-ANDERSEN, G. (1985). Power and Distributional Regimes. *Politics & Society*, 14(2), 223-256. <https://doi.org/10.1177/003232928501400204>

FUNCIA, Francisco R. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In *30 Anos da Seguridade Social – Avanços e Retrocessos*. ANFIP/Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social. Brasília: ANFIP, 2018. Disponível em: ANFIP/Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social. Brasília: ANFIP, 2018. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/publicacoes/30-anos-da-seguridade-social-avancos-e-retrocessos/>

FLEURY, S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FURTADO, Celso. Formação Econômica do Brasil. Companhia Editora Nacional: São Paulo, 1976.

HARDIN G. 1968. The tragedy of the commons. *Science* 162:1243–48.

LEAL, Victor Nunes. Coronelismo, enxada e voto. São Paulo: Alfa-Ômega, 1975. (Capítulos 1 e 7).

LEMOS, Junia Coelho. A judicialização da saúde como sintoma da desconfiança no Poder Executivo. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coord.). *Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017, p.395-420.

LIMA JR., Arnaldo Hossepian Salles; SCHULZE, Clenio Jair. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. *Consultor Jurídico*, 10 de novembro de 2018.

LOTTA, G.S. (Org.) Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019a.

LOVE, Joseph. A República brasileira: federalismo e regionalismo (1889-1937). In: MOTA, C. G. Viagem incompleta: a grande transação. São Paulo: SENAC, 2000.

MADEIRA, Lígia Mori. STF como ator político no Brasil: o papel do tribunal no julgamento de ações de políticas sociais entre 2003 e 2013. Revista Debates, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 57-95, set.-dez. 2014.

MADEIRA, Lígia Mori. Judicialização das políticas sociais. In: Dicionário Crítico: Políticas de Assistência Social no Brasil. Cegov - Ed. UFRGS, 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/303722300_JUDICIALIZACAO_DAS_POLITICAS_SOCIAIS_LIGIA_MORI_MADEIRA

MARENCO, André. Políticos versus burocratas: reformas administrativas em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2023.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Judiciário e privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política?. Dados Set 2005, Volume 48 Nº 3 Páginas 559 - 686. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000300004>

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Noronha, Lincoln N. T. Judiciary-Executive relations in Policy Making: the Case of Drug Distribution in the State of São Paulo JudiciaryExecutive Judiciary Executive Making. Brazilian Political Science Review 2011, Volume 5 Nº 2 Páginas 10 - 38. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-3887201100020001>.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. COUTO, Cláudio Gonçalves. Politização da justiça: quem controla os controladores. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS, 40, 2016, Caxambu.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de (Org.). Judicialização de Políticas Públicas no Brasil/organizado por Vanessa Elias de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

OSTROM, Elinor [1999]. Coping with tragedies of the commons. Annual Review of Political Science. Vol. 2, pp.493-535.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Planejamento e Políticas Públicas, n. 49, jul - dez 2017

MARQUES, Rosa M.; PIOLA, Sérgio F.; ROA, Alejandra C. (organizadores). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES; Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves et al O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 348-366, Jun 2017

NASCIMENTO, Roberto Sérgio do. Manual de planejamento e orçamento público [livroeletrônico] : Da elaboração das leis orçamentárias à prestação de contas / Roberto Sergio do Nascimento, Ricardo Viotto. -- São Paulo : Thomson ReutersBrasil, 2022.

NUNES, Edson. Gramática política do Brasil: Clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

PAIXÃO, André Luís Soares da. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. Revista de Ciência e Saúde Coletiva 24 (6), Rio de Janeiro, junho, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08212019>

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil : um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Brasília, DF : Ipea, jun. 2024. 55 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3010). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port>

PIOLA, Sergio Francisco; MELAMED, Clarice. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola.- Brasília: Ipea, 2011. 356 p. : gráfs., tabs. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-118-2

RESENDE, Guilherme Mendes. OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Decisões judiciais e suas consequências econômicas e sociais. Brasília: Editora Singular, 2024.

RIBEIRO, Leandro Molhano; ARGUELHES, Diego Werneck. Contextos da judicialização da política:novos elementos para um mapa teórico. Revista Direito GV, v. 15, n. 2, 2019, e1921. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201921>.

RIKER, William W. Federalism. In: POLSBY, N (ed.). Handbook of Political Science. Berkeley: University of California, 1975.

RODDEN, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, n. 24, p. 9-27, Jun 2005. Disponível em <<https://goo.gl/NxePUr>>

SABBAGH, Roberta Buendia [2012]. Bens públicos e recursos de acesso comum: instituições que influenciam sua conservação nos bairros Cota do Parque Estadual da Serra do Mar de São Paulo. Revista de Administração Pública, 46(6), p. 1625-1647.

SCHUERZ, Vanessa. A saúde como política pública de estado; o sistema único de saúde, trajetória e financiamento. Revista de Direito Tributário e Financeiro. Jan-jun 2023, vol. 9 Issue 1, p35-51, 17p. [10.26668/indexlawjournals/2526-0138/2023.v9i1.9652](https://doi.org/10.26668/indexlawjournals/2526-0138/2023.v9i1.9652)

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): IPEA, 2011.

SILVA, M. C. d., NASCIMENTO, J. C. d., & SILVA, J. D. d. Análise da execução orçamentária do Governo Federal Brasileiro em saúde e educação, 2000-2018, sob a ótica da Teoria do Equilíbrio Pontuado. Cuadernos de Contabilidad, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc23.aeog>

SILVEIRA, Paulo Caliendo Velloso da. Direito tributário e análise econômica do direito: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SOARES, Márcia Miranda e MACHADO, José Angelo. Federalismo e políticas públicas. Brasília:Enap, 2018.

TATE, Neal; VALLINDER, Torbjorn (orgs.). The Global Expansion of Judicial Power. New York: New York University Press, 1995. E-book, Kindle.

TAYLOR, Mathew M. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 50, no 2, 2007, pp. 229 a 257.

TAYLOR, Matthew Mac Leod e ROS, Luciano da. Os partidos dentro e fora do poder: a judicialização como resultado contingente da estratégia política. Dados, v. 51, n. 4, p. 825-864, 2008 Tradução. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0011-52582008000400002>. Acesso em: 15 jan. 2025.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez Ugá. Santos, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública 22 (8), agosto de 2006, disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800008>

VASCONCELOS, Natália Pires de. Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde? Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização. Tese de doutorado, orientador Marcos Paulo Verissimo -- São Paulo, 2018. 267.

VASCONCELOS, Natália Pires de. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 55(4): 923-949, jul. - ago. 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. Revista de Saúde Pública. Nº 54, 2020, disponível em <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>

VIEIRA, Fabíola S. e BENEVIDES, Rodrigo P.S.. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica - 2016 - setembro - Número 28 – Disoc. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589

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

WANG, Daniel W. L. VASCONCELOS, Natália Pires de. OLIVEIRA, Vanessa Elias de. TERRAZAS, Fernanda Vargas. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista Administração Pública — Rio de Janeiro* 48(5):1191-1206, set./out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121666>

WANG, Daniel W. L. Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and the Institutional Responses. *Human Rights Law Review*, 2015, 15, 617-641 doi: 10.1093/hrlr/ngvO2S Advance Access Publication Date: 1 October 2015 Article

WANG, Daniel W. L. De Wednesbury unreasonableness a accountability for reasonableness: controle judicial e alocação de recursos em saúde na Inglaterra. *Revista Jurídica da Presidência*. Brasília, v. 20 n. 121 Jun./Set. 2018 p. 268-309. <http://dx.doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2018v20e121-1816>

WERNECK VIANNA, Luiz et alii (1999). *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan.