

Recebido em: 27/03/2024

Aceito em: 25/11/2024

DOI: 10.25110/rcjs.v27i1.2024-11075



DA INCONSTITUCIONALIDADE DA DECISÃO PROFERIDA NO RECURSO ESPECIAL N.º 1.657.156/RJ

ON THE UNCONSTITUTIONALITY OF THE DECISION RENDERED IN SPECIAL APPEAL NO. 1,657,156/RJ

*Alexander Fabiano
Ribeiro Santos*

Doutorando em Direito
Constitucional – IDP. Professor de
Direito Constitucional e Advogado
atuante no Distrito Federal e Estado do
Mato Grosso.

afrsdbf@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7042-8844>

<http://lattes.cnpq.br/2381997215588019>

RESUMO: O presente ensaio propõe que a decisão do Superior Tribunal de Justiça, proferida no acórdão do Recurso Especial n.º 1.657.156/RJ, é inconstitucional por violação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988. A decisão estabeleceu, entre as teses fixadas, a necessidade de comprovação da incapacidade financeira para arcar com os medicamentos e tratamentos de alto custo como requisito para justificar a obrigação do Estado em fornecê-los gratuitamente. O objetivo geral foi analisar se a tese firmada está em consonância com o princípio da universalidade do sistema único de saúde, adotado pelo Brasil nos casos de assistência à saúde. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, por meio da observação dos fundamentos da decisão e sua compatibilidade com a ordem constitucional brasileira. A análise parte do cruzamento do princípio da universalização com a estratégia da focalização, conforme proposto por Aione Maria da Costa Sousa. Ao final, foi possível concluir que, embora a decisão teve como finalidade a proteção do equilíbrio financeiro do Estado e, ao mesmo tempo, assegurar o direito de acesso à saúde, para aqueles que não têm capacidade financeira para custear medicamentos e tratamentos de alto custo, a tese fixada viola o princípio da universalidade constitucionalmente adotado.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização da Saúde; Resp. 1.657.156/RJ; Inconstitucionalidade; Princípio da Universalidade; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT: The present essay proposes that the decision of the Superior Court of Justice, issued in the judgment of Special Appeal No. 1,657,156/RJ, is unconstitutional due to a violation of Article 196 of the Federal Constitution of 1988. The decision established, among the theses put forth, the need for proof of financial incapacity to bear the costs of prescribed high-cost medicines and treatments as a requirement to justify the State's obligation to provide them free of charge. The general objective was to analyze whether the established thesis is in line with the principle of universality adopted by Brazil for healthcare assistance. The methodology used was a case study, analyzing the grounds of the decision and its compatibility with the Brazilian constitutional order. The analysis is based on the intersection of universalization and targeting, as proposed by Aione Maria da Costa Sousa. In conclusion, it was possible to determine that, although the decision aimed to protect the financial balance of the State and, at the same time, ensure the right to access healthcare for those who lack the financial capacity to cover high-cost treatment, the fixed thesis violates the principle of universality constitutionally adopted.

KEYWORDS: Healthcare Judicialization; Special Appeal No. 1,657,156; Unconstitutionality; Principle of Universality; Brazilian Unified Health System (SUS).

Como citar: SANTOS, Alexander Fabiano Ribeiro. Da Inconstitucionalidade da Decisão Proferida no Recurso Especial N.º 1.657.156/RJ. *Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR*, Umuarama, v. 27, n. 1, p. 43-65, 2024.

INTRODUÇÃO

Se o Faustão, o famoso apresentador de programa televisivo brasileiro que passou por procedimento de transplante recentemente, sofrer uma intercorrência que precise de intervenção médica e procurar uma unidade pública de saúde, poderia o atendente do sistema público se negar a atendê-lo e tirá-lo da fila? O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro poderia negar o atendimento sob o pretexto de que o apresentador tenha capacidade financeira de custear o atendimento médico pelo sistema privado de saúde?

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), de certo modo, respondeu que sim. Conforme tese firmada na decisão proferida no acórdão do Recurso Especial n.º 1.657.156, do Rio de Janeiro (Resp. 1.657.156/RJ), ao fixar o entendimento para que se configure a obrigação do Estado fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo, é preciso que o usuário comprove a incapacidade financeira. Ou seja, que pelos menos deve ser comprovado esse requisito para justificar a intervenção do Poder Judiciário no sistema público de saúde.

Ainda que a decisão possa ser considerada acertada — boa —, como uma forma de equilibrar a intervenção judicial na destinação do orçamento público destinado à saúde, ante o crescente número de judicializações da saúde, a decisão contraria o princípio da universalização ao estabelecer duas categorias de cidadãos no sistema público de saúde: àqueles que detêm capacidade financeira para custear os medicamentos e tratamentos pelo sistema privado e aqueles que não tem.

Os dados em torno da judicialização da saúde no Brasil, especialmente os que envolvem a aquisição de medicamentos e tratamentos de alto custo, têm sido alarmantes. Segundo estudo publicado por Vieira (2023), entre 2014 e 2020, houve um crescimento constante desses casos. Os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos, em cumprimento de decisões judiciais, aumentaram em 221% de 2012 a 2016, atingindo R\$ 1,5 bilhão em 2016. Apesar de uma redução de 26% em 2017, os gastos se mantiveram em torno de R\$ 1,1 bilhão entre 2017 e 2019.

Os dez medicamentos de maior impacto orçamentário, adquiridos por força de decisões judiciais, não estavam incorporados ao SUS. Em 2019, esses

dez medicamentos foram responsáveis por 94,6% dos gastos do Ministério da Saúde, totalizando R\$ 950,33 milhões e consumindo 21% dos recursos destinados ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Este cenário indica que as decisões provenientes da judicialização da saúde comprometeram uma parcela considerável do orçamento destinado à saúde, impactando diretamente a disponibilidade de recursos para outros medicamentos e tratamentos (Vieira, 2023).

Embora a judicialização da saúde atenda os interesses daqueles que recorrem ao Poder Judiciário, a aquisição de medicamentos de alto custo no Brasil por força de decisões judiciais, além de sobrecarregar o sistema judiciário devido ao aumento de demandas judiciais voltadas para interesses individuais na área da saúde, pode ocasionar desequilíbrio no sistema. De Barros Mello *et al.* (2018) sugerem que “a judicialização ocupa cada vez mais espaço na garantia do acesso à saúde” e que “cresce o número de processos no poder judiciário envolvendo o tema”. Ocorre que a medida, por favorecer indivíduos com maior acesso à justiça, compromete a igualdade no atendimento da parcela da sociedade que não possui acesso ao Poder Judiciário, o que geraria disparidades sociais.

Ademais, a destinação de recursos para suprir essas demandas judiciais impacta negativamente outras políticas públicas de saúde, implicando na redistribuição de fundos e afetando a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde na totalidade (De Azevedo Ramos *et al.*, 2023).

Embora a distribuição de medicamentos esteja resguarda às políticas públicas conduzida pelo Poder Executivo, o fenômeno da crescente judicialização da saúde no Brasil encontra amparo no argumento defendido por Grinover (2010), de que o Poder Judiciário pode/deve intervir quando for necessário para a garantia de direitos fundamentais. E conforme defende Benjamin (2005), o fato de as políticas públicas serem atribuição do Poder Executivo não pode ser o modelo de separação dos poderes adotado pelos países usado como óbice para a realização dos direitos fundamentais.

Porém, não se pode menosprezar a necessidade de alinhar as intervenções judiciais com a realidade fiscal e a viabilidade do sistema público de saúde. Isso se traduz na necessidade de se construir uma jurisprudência

que, ao mesmo tempo em que assegura o acesso à saúde, considera a sustentabilidade econômica e a eficiência do sistema público de saúde todo.

Portanto, o Superior Tribunal de Justiça enfrentou o desafio de encontrar um meio-termo que permita a concretização do direito à saúde sem comprometer a integridade e funcionalidade do SUS, equilibrando as demandas individuais com o interesse público e a estabilidade fiscal. Estabelecendo uma dinâmica jurídica em evolução, onde, embora se reconheça a importância do controle judicial na salvaguarda dos direitos fundamentais, procura-se um balanço que não exerça um impacto desproporcional sobre o orçamento público.

Neste contexto, a decisão proferida no acórdão do Resp. 1.657.156/RJ, tratou da questão referente à obrigação do poder público em prover medicamentos e tratamentos de alto custo e foi além de consolidar a interpretação de que o Estado possui o dever de fornecer medicamentos não listados nos atos normativos do SUS, e fixou a tese de que é necessária a comprovação da incapacidade financeira para arcar com medicamentos e tratamentos de alto custo como requisito para justificar a obrigação do Estado em fornecê-los gratuitamente.

Embora a decisão firmou o entendimento de que a obrigação do fornecimento de medicamentos e tratamentos não deve ser limitada estritamente às listagens de medicamentos previamente estabelecidas pelo SUS, reafirmando a ideia de que o direito à saúde, como um direito fundamental, deve ser assegurado pelo Estado, mesmo que isso implique em obrigações que vão além do escopo normativo estabelecido, estabeleceu duas categorias de cidadão: aqueles que têm condições financeiras de arcar com os custos dos medicamentos e tratamentos e aqueles que não têm, o que suscita questionamentos quanto à sua conformidade com o princípio da universalidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

Mesmo que a decisão tenha se preocupado com garantir o acesso à saúde para aqueles em situação de vulnerabilidade econômica, ela também pode, paradoxalmente, enfraquecer a universalidade, criando disparidades no acesso aos cuidados de saúde baseada na capacidade financeira, causando esvaziamento do princípio da universalidade, que visa assegurar o direito à

saúde de maneira igual para todos, comprometendo negativamente a garantia de tratamento integral e equitativo no sistema público de saúde.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88), em seu artigo 196, estabeleceu a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado. Impondo uma pedra angular na política de saúde do Brasil, ao assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, sem qualquer distinção de capacidade financeira. A disposição constitucional consagra a saúde não apenas como uma necessidade, mas como um direito inalienável que deve ser garantido pelo Estado. Isso implica uma obrigação direta do Estado em prover serviços de saúde de maneira equitativa, assegurando que todos os brasileiros, independentemente de sua condição econômica, tenham acesso aos cuidados de saúde necessários.

A inclusão deste direito na Constituição reflete o compromisso do Brasil com os princípios de universalidade, integralidade e equidade no cuidado à saúde. Ela reconhece a saúde como essencial para a qualidade de vida e para a plena participação dos indivíduos na sociedade, e coloca sobre o Estado a responsabilidade de criar e manter políticas e sistemas de saúde pública.

Posto isto, ainda que seja compreensível a decisão do STJ, no Resp. 1.657.156/RJ, tenha se preocupado com o equilíbrio entre o orçamento público e a necessidade de atender as pessoas que não detenham capacidade financeira de arcar com os medicamentos e tratamentos de alto custo, a questão é se a tese que fixou o critério de comprovação da incapacidade financeira para a aquisição de medicamentos e tratamentos de alto custo, como condição para o exercício do controle judicial sobre as obrigações do Estado no âmbito da saúde, está em consonância com o artigo 196 da CF/88?

O presente estudo parte da hipótese de que a fixação da tese de que é necessária a comprovação da incapacidade financeira de arcar com os medicamentos e tratamentos de alto custo como condição para o Estado ser obrigado a fornecê-los esta consoante a focalização e não com o princípio da universalidade estabelecido no artigo 196 da CF/88.

Para abordar a problemática apresentada, optou-se pela metodologia de estudo de caso, tendo como objeto de análise o Resp. 1.657.156/RJ. A

abordagem foi qualitativa, que possibilitou uma investigação detalhada e específica. A metodologia se mostrou adequada por favorecer uma análise aprofundada das questões jurídicas e constitucionais envolvidas na decisão do STJ (Ventura, 2007).

A escolha do caso se justifica por si só, por se tratar de decisão proferida pelo Tribunal Superior responsável pela uniformização da interpretação da lei federal, servindo a fixação da tese em recursos repetitivos como paradigma para futuras decisões judiciais dos Tribunais Estaduais, orientando a jurisprudência em casos que apresentem características semelhantes. Outra justificativa é que uma possível incidência de inconstitucionalidade da decisão proferida, no acórdão estudado, pode causar implicações em todo o ordenamento o sistema judiciário brasileiro, porque a orientação jurisprudencial estará conduzindo os Tribunais Estaduais ao decidirem, em casos de judicialização da saúde envolvendo medicamentos e tratamentos de alto custo, a estabelecer os critérios para a separação dos cidadãos entre os que tem condições financeira e o que não tem.

Para responder à problemática, estabeleceu-se como objetivo geral deste ensaio analisar se a fixação da tese de necessidade da comprovação da incapacidade financeira de arcar com medicamentos e tratamentos de alto custo, como condição para o Estado ser obrigado a fornecê-los, está em consonância com o princípio da universalização contemplado no artigo 196 da CF/88.

Para alcançar o objetivo geral do ensaio, foram estabelecidos como objetivos específicos: revisar não sistematicamente a literatura científica brasileira sobre como o princípio da universalidade foi incorporado pelo SUS; descrever como o Resp. 1.657.156/RJ abordou o tema; e analisar os argumentos e fundamentos utilizados pelo STJ na decisão para identificar sua consonância com o artigo 196 da CF/88.

Este ensaio foi dividido em três tópicos, o primeiro abordou como o princípio da universalização foi incorporado como um dos pilares do SUS na busca pela proteção do direito à saúde sem discriminação. O segundo tópico descreveu o caso estudado, apontando seu objeto central e como o Superior Tribunal de Justiça decidiu no caso concreto, fixando a tese que é o objeto da análise. No último tópico, foram analisados os argumentos e fundamentos

utilizados pela decisão judicial, com especial amparo nos precedentes utilizados. No final, foram apresentadas a conclusão por meio de análise crítica.

1 UNIVERSALIDADE COMO UM DOS PILARES DO SUS

O atual sistema de seguridade social evoluiu do conceito de Seguro Social originado na Alemanha no século XIX, que era baseado em um sistema de proteção social meritocrático, no qual o acesso aos benefícios dependia de uma prévia contribuição dos indivíduos. Esse modelo refletia uma abordagem mais restritiva e condicional para a provisão de benefícios sociais (Paim, 2010).

Segundo Paim (2010), no “seguro social alemão” trabalhadores, empresários e o Estado contribuíam conjuntamente para um fundo destinado a prover assistência em casos específicos, como morte, aposentadoria, acidentes e doenças. O aspecto distintivo do sistema era que os benefícios não eram universais. Em vez disso, estavam baseados no “mérito da contribuição”, o que significa que o acesso aos benefícios dependia diretamente das contribuições prévias dos indivíduos ao sistema. Portanto, somente aqueles que contribuíam — e, em certa medida, quanto mais contribuíam — teriam direito aos benefícios oferecidos pelo sistema.

Essa abordagem inicial do seguro social refletia uma perspectiva mais limitada de proteção social, focada nos trabalhadores e suas famílias que estavam engajados no mercado formal de trabalho e que contribuíam regularmente para o sistema. Ela contrasta com os conceitos posteriores de seguridade social e de sistemas de bem-estar social mais inclusivos, que enfatizam a solidariedade social e a universalidade do acesso aos serviços e benefícios, independentemente das contribuições individuais prévias.

Influenciado pelo ideário dos *Welfare States*, o sistema de seguro social do século XIX evoluiu no século XX para o conceito mais amplo de “seguridade social”, o que, conforme descrita por Paim (2010), marcou uma transição de um sistema baseado em contribuições individuais para um modelo financiado coletivamente por meio de impostos arrecadados de toda a população.

Nesse modelo de seguridade social, a ênfase é colocada na solidariedade social, que em vez de vincular a assistência e os benefícios sociais às contribuições individuais, a seguridade social baseia-se na ideia de que todos os cidadãos devem ter acesso a um certo nível de proteção e assistência, independentemente de suas contribuições financeiras individuais. Assim, o sistema foi desenhado para assegurar a todos os cidadãos, de maneira universal, acesso a serviços essenciais como saúde, previdência e assistência social.

Essa mudança refletiu uma compreensão mais inclusiva e equitativa de proteção social, em consonância com os princípios de justiça social e igualdade. O modelo de seguridade social tem em vista garantir que todos, especialmente os mais vulneráveis, tenham acesso aos recursos e apoios necessários para uma vida digna, reforçando o papel do Estado como um provedor de segurança e bem-estar para todos os seus cidadãos.

No Brasil, o artigo 196 da CF/88 estabeleceu a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, independentemente da capacidade financeira dos indivíduos para arcar com o custo dos medicamentos e tratamentos. O texto constitucional assegura a todos o acesso universal, integral e equitativo às ações e serviços de saúde, visando promover, proteger e recuperar a saúde.

Este preceito constitucional é um componente essencial da Seguridade Social, que, conforme concebida pela Constituição, compreende a saúde, a previdência e a assistência social. A criação do Sistema Único de Saúde é um reflexo direto desse princípio, representando uma concretização da visão constitucional de um sistema de saúde com natureza sanitária. O SUS pretende a promoção da saúde de forma universal, integral e equitativa, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade a todos os brasileiros, sem distinção.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um marco legal e ético para a política de saúde no Brasil, assegurando que a saúde não seja apenas um serviço, mas um direito fundamental. Colocou sobre o Estado a responsabilidade de garantir esse direito a todos os cidadãos sem qualquer condição, não permitindo margens para interpretações diversas ao afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, que deve ser assegurada

por meio de “políticas sociais e econômicas”, garantindo o acesso “universal e igualitário”.

Para concretizar os princípios estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, no que se refere à saúde, a Lei n.º 8.080/1990 estabeleceu o SUS e as diretrizes para a organização do sistema de saúde no Brasil, incluindo o atendimento integral à saúde e as responsabilidades das diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal) na prestação de serviços de saúde. É complementada pela Lei n.º 8.142/1990, que amplia o arcabouço legal do SUS ao definir a participação da comunidade na gestão do sistema e estabelecer mecanismos de controle social, permitindo que os cidadãos tenham voz ativa na formulação de políticas de saúde e na avaliação dos serviços prestados.

Os três princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade, consagrados no texto constitucional, formam os pilares essenciais sobre os quais o SUS foi construído e idealizado. Cada um desses princípios desempenha um papel vital na orientação do funcionamento e da administração do Sistema. A universalidade assegura que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua situação socioeconômica, raça, gênero ou qualquer outra condição. A integralidade enfatiza a necessidade de um cuidado abrangente que englobe todas as dimensões da saúde, desde a prevenção e promoção até o tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. E a equidade reconhece que diferentes pessoas têm diferentes necessidades de saúde e, portanto, podem exigir diferentes níveis de atenção do sistema.

Mesmo que os três pilares do SUS sejam de suma importância, o estudo delimitou o objeto de estudo na violação do princípio da universalidade pela decisão proferida no acórdão do Resp. 1.657.156/RJ, quando estabeleceu duas classes de cidadão, ao estabelecer a obrigação de comprovação da incapacidade financeira para ser caracterizada a obrigação do Estado fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo.

Ao reconhecer o princípio da universalização do acesso à saúde como um dos ideais fundamentais do movimento sanitário brasileiro, conforme defende Sousa (2014), a Constituição atribuiu ao Estado o dever de garantir o

acesso aos bens e serviços de saúde “sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público”.

A adoção deste princípio reflete um compromisso com o fornecimento de cuidados de saúde universais, direcionados não apenas a tratar doenças, mas também a promover a saúde e o bem-estar geral. Ao estabelecer que o acesso à saúde deve ser efetivado por meio do sistema público, reafirmou a responsabilidade do Estado em fornecer serviços de saúde de maneira equitativa e acessível, garantindo que a saúde não seja um privilégio, mas um direito básico disponível para todos.

Segundo Ocké-Reis (2009), a implementação do ideário da universalidade na prestação da assistência à saúde no Brasil enfrentou grandes desafios, particularmente na relação entre os sistemas público e privado. O autor argumenta que a universalidade não se concretizou plenamente como um sistema público paralelo ao privado, devido à existência de uma dupla cobertura que permitiu espaços para a operação do setor privado na saúde.

Para o autor, o Estado não implementou políticas públicas suficientes para garantir a efetivação das instituições que regulamentam a profissão médica e os prestadores de serviços de saúde. Além disso, o autor aponta que não houve uma postura firmemente publicista em relação ao setor privado. Isso sugere que, embora o sistema público de saúde tenha sido estabelecido visando fornecer cobertura universal, na prática, o sistema não conseguiu limitar ou integrar adequadamente o setor privado.

Essa situação resultou em um sistema de saúde com características híbridas, onde a saúde pública e a privada operam simultaneamente, mas de maneiras distintas e muitas vezes não complementares. Isso pode ter contribuído para disparidades no acesso e na qualidade do atendimento à saúde, afetando a realização plena do princípio da universalidade, conforme idealizado na Constituição Federal de 1988. A análise de Ocké-Reis (2009) ressalta a complexidade do cenário da saúde no Brasil e os desafios enfrentados na tentativa de alinhar o sistema de saúde às metas de universalidade.

Como o Brasil não conseguiu atingir o ideário de universalidade do serviço de saúde, o setor privado se mobilizou e passou a fornecer o direito

fundamental previsto no texto constitucional como serviço. Possibilitando aos que detêm capacidade financeira buscarem melhores alternativas de serviços de saúde oferecidos pelo setor privado. E aos que não detêm, terem que se contentar com as possibilidades alcançadas pelo Estado por meio do sistema público de saúde. Ou seja, a própria estrutura desenvolvida no Brasil para assegurar o direito fundamental de acesso à saúde permitiu a criação de duas categorias de cidadãos, aqueles que detêm capacidade financeira de usar o sistema privado de saúde e o que não tem.

No entanto, a exigência de comprovação de incapacidade financeira para arcar com medicamentos e tratamentos de alto custo, como visto no Resp. 1.657.156/RJ provoca um debate sobre sua conformidade com o princípio da universalidade, porque demonstra que o Poder Judiciário compreende essa divisão e protegerá a segunda categoria de cidadãos, ao impor que a primeira custeie seu próprio sistema de saúde. Essa diferenciação contraria o ideário da universalidade, que pressupõe o acesso igualitário e sem restrições aos serviços de saúde, independentemente da capacidade financeira dos indivíduos.

A introdução de critérios baseados na capacidade financeira pode ser vista como um obstáculo ao acesso universal à saúde, criando barreiras que podem impedir que parte da população exerça plenamente seu direito constitucional à saúde. Porém, o maior problema que a estratégia pode revelar nem seria a violação do princípio da universalidade, mas sim que havendo uma saúde de qualidade assegurada pelo setor privado aos que possuem condições financeiras, a quem caberia a preocupação em relação à qualidade da saúde assegurada pelo Estado ao que não detém condições de custeá-las? O problema ainda pode ser maior, quando é destinada a juízes a prerrogativa de fazer essa avaliação sobre quem detém ou não a capacidade financeira, o que certamente provocará variações de critérios e disparidades de tratamentos de forma sistematizada.

Ao contrário do princípio da universalidade, a decisão do STJ no acórdão do Resp. 1.657.156/RJ está conforme o que identificou Mendes (2005), quando apresentou uma análise da assistência à saúde no Brasil em que distinguiu o sistema de saúde brasileiro entre “SUS ideário” e o “SUS real”. O ideário se refere ao modelo constitucionalmente estabelecido, que

propõe um sistema de saúde público e universal para todos, baseado no princípio de que o acesso à saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Já o real é percebido como um sistema que se consolida primariamente como uma opção para aqueles que não têm acesso aos subsistemas privados de saúde sendo visto como parte de um sistema segmentado, onde a saúde pública atende predominantemente às necessidades daqueles que não podem pagar pelo atendimento privado.

Essa distinção feita por Mendes aponta para uma discrepância entre a visão idealizada do SUS, como um sistema de saúde universal e igualitário, e a realidade operacional do sistema, que muitas vezes é marcada por limitações, desigualdades e segmentação. Este contraste destaca os desafios enfrentados na implementação efetiva dos princípios do SUS e na garantia de um acesso realmente universal aos serviços de saúde no Brasil. A análise de Mendes ressalta a importância de esforços contínuos para alinhar a prática do SUS com seus ideais constitucionais, a fim de assegurar que todos os cidadãos tenham acesso à saúde de qualidade.

Sousa (2014) chama a atenção para a distinção entre o SUS como idealizado (SUS ideário) e o SUS como operacionalizado na realidade (SUS real). O idealizado, emergido da reforma sanitária, propõe um sistema de financiamento sustentado por “contribuições sociais, impostos, taxas e outras fontes de arrecadação”, visando assegurar o acesso universal à saúde como um direito de todos independentemente de sua condição financeira e reflete o princípio constitucional de universalidade. Por outro lado, o real, está sendo moldado sob a influência de organismos financeiros internacionais caracterizado por uma abordagem mais restritiva à universalização, sob a compreensão de que a cobertura de saúde pelo sistema público não pode abranger a totalidade da população, pois isso resultaria em uma sobrecarga financeira insustentável para o Estado.

Sousa destaca que “a universalização cruza com seu contraditório a focalização”, em que aqueles que têm condições de arcar com os custos, os recursos são seletivos e o acesso é restrito. Para aqueles que não têm condições financeiras, o acesso é garantido a todos, assegurando a direção dos recursos aos mais necessitados. Essa visão implica um sistema de saúde público que, na prática, não consegue atender integralmente às necessidades

de saúde de toda a população, criando limitações no acesso e na qualidade do atendimento.

A premissa real, conforme descrita nas análises críticas de Mendes e Sousa, sugere que a operacionalização efetiva do SUS no Brasil levou à criação de duas categorias de cidadãos com tratamentos distintos pelo sistema de saúde, que teria como método de classificação a capacidade financeira dos indivíduos, distinguindo entre aqueles que têm condições de arcar com os custos de serviços de saúde privados e aqueles que dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

Neste contexto, os cidadãos com maior capacidade financeira teriam a opção de acessar serviços de saúde privados, potencialmente de maior qualidade ou com menor tempo de espera, enquanto aqueles com menos recursos dependeriam exclusivamente do SUS, criando uma dinâmica na qual o acesso à saúde é desigual, contrariando o princípio constitucional de universalidade do acesso à saúde.

Não obstante, a análise do acórdão do Resp. 1.657.156/RJ terá como foco se os argumentos e fundamentos utilizados pelo Superior Tribunal de Justiça estão conforme o princípio da universalidade previsto no art. 196 da CF/88. No próximo tópico será feita uma descrição do objeto da decisão e em seguida será apresentada a análise.

2 RECURSO ESPECIAL N.º 1.657.156 — RJ

No caso estudado, a paciente portadora de glaucoma crônico bilateral, sem condições financeiras de custear medicamentos e tratamentos de alto custo, diante da prescrição médica e da negativa do poder público ao fornecimento contínuo de colírios não cobertos pelo SUS, judicializou sua pretensão requerendo que o Poder Judiciário intervisse para determinar que o Estado do Rio de Janeiro fornecesse continuamente os medicamentos e tratamentos prescritos.

A ser condenado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, a fornecer os medicamentos e tratamentos não cobertos pelo SUS, o Estado do Rio de Janeiro interpôs Recurso Especial sob o argumento que a assistência farmacêutica estatal deveria se limitar aos medicamentos listados nos

protocolos do SUS, sugerindo a substituição por alternativas já disponíveis, sob argumentos amparados na violação dos artigos 19-M, I, 19-P, 19-Q e 19-R da Lei n.º 8.080/90 e da Súmula Vinculante 10 do STF. Alegou ainda que a obrigação de destinação dos valores para atender à pretensão da requerente contribuiria para o desequilíbrio dos recursos públicos destinados à saúde.

O Resp. 1.657.156/RJ, julgado pelo STJ em 2018, relatoria do Ministro Benedito Gonçalves, teve como núcleo central a discussão sobre o fornecimento de medicamentos e tratamentos não listados nos atos normativos do SUS e tratou especificamente da obrigatoriedade do poder público em fornecer medicamentos e tratamentos não incorporados em atos normativos do SUS, com foco no fornecimento de medicamento previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, excluindo-se as situações de outras alternativas terapêuticas e se o Estado deve ser responsável por fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo a pacientes que não têm condições financeiras de adquiri-los.

Ao final, o acórdão proferido no Resp. 1.657.156/RJ, estabeleceu a exigências de três requisitos cumulativos para que fosse caracterizada a obrigação do Estado para fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo não incorporados em atos normativos do SUS: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento.

A decisão do STJ assegurou o direito de acesso aos medicamentos e tratamentos de alto custo mesmo que não estejam listados nos atos normativos do SUS, limitando somente ao controle da ANVISA, desde que prescritos pelo médico que acompanha o tratamento. O que impede que o fornecimento seja regulamentado por normatização do próprio Sistema de Saúde, representando uma conquista para os usuários do sistema.

Por outro lado, ao estabelecer a obrigação, por parte do paciente, da comprovação da incapacidade financeira para ser caracterizada a obrigação do Estado fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo, a decisão violou o

princípio da universidade, estabelecido no artigo 196 da CF/88, ao corroborar com a classificação entre os usuários do sistema de saúde, reconhecendo haver uma classe de pessoas que devem custear seus medicamentos e tratamentos e outras que devem ser obrigatoriamente assistidas pelo Estado.

Conforme apontado por Cohn (2005), a forma financeira da seguridade social brasileira se baseia em recursos contributivos provenientes dos salários de uma parcela da população, ao passo que a outra parcela depende dos recursos orçamentários. Esse modelo acaba por criar uma segmentação no acesso aos benefícios da seguridade social, distinguindo entre os assalariados que contribuem e os pobres não assalariados que dependem dos recursos do orçamento público para acesso aos serviços e benefícios sociais.

Porém, mesmo que a universalização e a focalização se contraponham, Cohn (2005) argumenta que esse binômio está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social que deram origem ao sistema de proteção social brasileiro. O Autor destaca que a saúde foi instituída em uma dicotomia, com a divisão entre assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo.

A questão do fornecimento gratuito de medicamentos e tratamentos de alto custo é complexa e envolve um equilíbrio delicado entre a necessidade de atender aos recursos limitados do Estado e o direito fundamental à saúde de todos os cidadãos. Portanto, é um tema que continua gerando debates e análises jurídicas profundas no contexto brasileiro. E a análise deste aspecto da decisão é fundamental para entender como o judiciário brasileiro equilibra a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde com a obrigação constitucional de prover acesso universal à saúde.

Embora seja compreensível que o STJ tenha se preocupado com o equilíbrio da relação e, talvez, tenham buscado a proteção da segunda classe de pessoas (que não detém capacidade financeira), é preciso entender quais foram os argumentos e fundamentos utilizados para decidir contrariando o princípio da universalidade constitucionalmente tutelado.

3 OS ARGUMENTOS E FUNDAMENTOS UTILIZADOS NA DECISÃO

A decisão no acórdão do Resp. 1.657.156 reconheceu a universalidade do direito de acesso à saúde, porém, paradoxalmente, limitou o dever do Estado em relação ao dever de fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo à observação de três critérios: a necessidade de comprovar a imprescindibilidade, a hipossuficiência financeira do requerente e a aprovação prévia dos medicamentos e tratamentos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Como demonstrado anteriormente, o STJ desconsiderou o princípio da universalidade e da análise da decisão é possível observar que não se desincumbiu do ônus de fornecer argumentos e fundamentos que justificassem as razões pelo estabelecimento de duas categorias de cidadãos adotando o sistema de focalização, contrariando o artigo 196 da CF/88. A decisão somente se apegou na utilização dos precedentes estabelecidos nos AgInt no AREsp 405.126/DF, AgInt no AREsp 822.499/MG, RE 892590, AI 553712, AI 616551, RE 273042 e RE 255627, que não abordaram o tema com a profundidade necessária.

O Agravo de Instrumento no Recurso Especial n.º 405.126 do Distrito Federal e o Agravo Interno Recurso Especial n.º 822.499 de Minas Gerais, não apresentaram argumentação das razões que reconheçam a exigência de comprovação da incapacidade financeira para arcar com o custo de medicamentos e tratamentos de alto custo. Nestes casos, o termo “necessidade de comprovação da hipossuficiência” foi citado apenas uma vez na decisão, sugerindo uma abordagem simplificada da questão.

No Agravo Regimental em Recurso Extraordinário n.º 892590 e no Agravo Regimental em Agravo de Instrumento n.º 553712, a análise se concentrou em questões relacionadas à solidariedade entre os entes federativos no fornecimento gratuito de medicamentos e tratamentos necessários à saúde, bem como na possibilidade de bloqueio de valores para assegurar o cumprimento de decisões judiciais que determinam o fornecimento gratuito de medicamentos. Embora abordaram questões relevantes no contexto do acesso à saúde, não abordaram diretamente a

exigência da comprovação da incapacidade financeira para arcar com medicamentos e tratamentos de alto custo.

Somente o Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n.º 616551 e os Recursos Extraordinários n.º 273042 e 255627 trataram sobre o tema, ainda que indiretamente. No entanto, nenhuma das decisões se desincumbiu do ônus argumentativo de demonstrar a razão pela qual justificaria a não observação do princípio da universalidade. Em ambos os Recursos Extraordinários, há menção da aplicação imediata do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, mas somente para fundamentar o entendimento de que cabe ao Estado a obrigação, não fazendo nenhuma menção às razões do entendimento para o direito ser assegurado somente ao hipossuficiente.

O Resp. 1.657.156/RJ tramitou concomitantemente com os Recursos Extraordinários n.º 566.471 e 657.718, ambos com repercussão geral. O primeiro tratou da obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamentos de alto custo, enquanto o segundo da obrigatoriedade de o Estado fornecer medicamentos não registrados na ANVISA. Da mesma forma, a decisão se amparou no argumento de que o sistema de proteção à saúde estabelecido entre os artigos 194 e 217 da CF/88 estabelece a obrigação do Estado assumir as funções que lhe são próprias e que problemas orçamentários não podem obstaculizar a implementação do que está previsto constitucionalmente. No Recurso Extraordinário n.º 566.471, utilizou-se como argumento que a evolução dos direitos fundamentais está intimamente ligada ao progresso das constituições liberais do Século XVIII, foi fortalecida pelas constituições sociais do início do Século XX e deve ser observada pelas constituições democráticas promulgadas a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. A afirmação constitucional dos direitos sociais se mostra como uma etapa das mais relevantes dessa caminhada dos direitos.

Não obstante aos argumentos apresentados, nenhuma das decisões enfrentaram o problema das duas categorias de cidadãos e como a estratégia se relaciona com o princípio da universalidade constitucionalmente tutelado. Ao contrário disso, as decisões destacaram o valor da saúde como direito de todos e dever do Estado, mas mantiveram o entendimento de que a obrigação deva ser assegurada ao hipossuficiente.

Como se pode observar, ainda que seja compreensível que há uma clara necessidade de equilíbrio do orçamento público e a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde com a obrigação constitucional de prover acesso universal, não está o STJ dispensado de apresentar justificativa para a adoção de critérios que limitam esse acesso, levantando questões importantes sobre a interpretação dos princípios constitucionais e a garantia dos direitos fundamentais no âmbito da saúde pública.

Conforme defendido por Paim (2010), as noções de universalidade estão associadas à ideia de justiça, e “universal” refere-se ao que é comum a todos. A Constituição Federal de 1988 incorporou os direitos sociais inspirados no modelo da Seguridade Social e indicou a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, fazendo referência direta ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Sousa (2014), citando Danilo Marcondes, argumenta que “universal” refere-se a algo que se aplica à totalidade, expressando a ideia de abranger completamente um conjunto. Ele complementa que o efeito de universalizar está relacionado à generalidade ou à qualidade do que é universal. O autor defende que a universalidade pode ser abordada a partir de duas perspectivas: a social democrática, que concebe o direito social como inerente a todos os indivíduos, e a liberal, que entende que o acesso deve ser possibilitado pelo mercado.

A decisão proferida no acórdão do Resp. 1.657.156/RJ adota claramente o sistema de focalização mencionado por Mendes e Sousa, o qual é o oposto ao princípio da universalização, demonstrando que o STJ chancelou a alteração do ideário adotado pelo SUS no texto constitucional e não se desincumbiu do ônus argumentativo das razões.

O fato de que os precedentes citados como fundamentação não abordaram a aparente contradição entre o princípio da universalidade e a adoção de um requisito que estabelece uma divisão classificatória entre os cidadãos, destaca uma lacuna na argumentação jurídica que sustenta a decisão, pois não se confronta diretamente com a questão de como a exigência

de comprovação de hipossuficiência financeira se alinha ou contradiz o princípio constitucional de universalidade no acesso à saúde.

Apesar de a decisão defender a universalização do direito de acesso à saúde, na prática, adota uma abordagem de focalização. Este aspecto da decisão sugere a utilização de um argumento inadequado para fundamentar sua posição, falhando em se desincumbir do ônus argumentativo necessário para justificar a aparente violação do princípio da universalidade.

Ao introduzir critérios de focalização, como a necessidade de comprovação de incapacidade financeira para o Estado ser obrigado a fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça representa uma mudança na aplicação do texto constitucional, que estabelece a saúde como um direito universal de todos os cidadãos brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que a análise não parte da concepção se a decisão é boa ou ruim, inclusive mantém a compreensão que entre defender o fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo para quem tem condições financeiras e os que não tem, do ponto de vista voltado para um ideal de justiça, por obviedade a decisão do STJ é acertada — boa -. O que o presente estudo chama a atenção é que, no caso do ideal do sistema universal de saúde ser incompatível com a realidade econômica do país, não compete isoladamente ao Poder Judiciário buscar um equilíbrio. E, se o faz, é preciso que apresente argumentos e fundamentos que possam contribuir com o amadurecimento do debate sobre a possibilidade de garantias constitucionais serem flexibilizadas ou não.

O texto constitucional de 1988 adotou um posicionamento de cunho social democrático, estabelecendo a proteção e promoção dos direitos sociais como um de seus pilares fundamentais na saúde, adotou o princípio da universalização como um dos pilares do SUS o seu artigo 196 estabeleceu que se trata de um direito assegurado a todos os cidadãos e um dever do Estado, independentemente da capacidade financeira dos indivíduos para arcar com os medicamentos e tratamentos de alto custo.

Por sua vez, a decisão proferida no acórdão do Resp. 1.657.156/RJ estabeleceu a necessidade de comprovação de incapacidade financeira para o Estado ser obrigado a fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo. A tese fixada pelo STJ convalida uma distinção entre os cidadãos, classificando-os entre aqueles que têm condições financeiras para custear os medicamentos e tratamentos daqueles que não têm, o que é contrário ao princípio da universalidade.

Embora o posicionamento busque otimizar os recursos disponíveis e equilibrar o orçamento público, priorizando aqueles que não têm capacidade financeira para arcar com os custos dos medicamentos necessários à sua saúde, a decisão demonstra a adoção da estratégia da focalização e não o na universalização conforme princípio consagrado no texto constitucional.

A introdução de critérios baseados na capacidade financeira pode ser vista como um obstáculo ao acesso universal à saúde, criando barreiras que podem impedir que parte da população exerça plenamente seu direito constitucional à saúde. Porém, um grande problema que pode ser provocado pela estratégia é o grupo social que detém capacidade de arcar com os medicamentos e tratamentos de alto custo não participem ou, até mesmo, se posicionem contra, as políticas públicas cujo objetivo estabelecer um serviço de saúde de qualidade, provocando uma verdadeira precarização do serviço público de saúde, acentuando a desigualdade social.

Por essa razão, a ausência de argumentos e fundamentações das razões pelas quais o STJ optou por adotar o sistema da focalização em detrimento do princípio da universalização impede a compreensão dos motivos pelos quais a jurisprudência foi direcionado no sentido de atribuir ao sistema de saúde brasileiro uma divisão entre sistema de saúde privado e sistema de saúde público, consolidando a classificação entre os cidadãos que tem capacidade de custear os medicamentos e tratamentos de alto custo e os que não tem. Porém, a decisão demonstra a dificuldade do Brasil assegurar o SUS ideal e que optou por adequar a jurisprudência com o SUS real, revelando a contradição com a expectativa de que o posicionamento do Poder Judiciário, em relação a este tema, está na defesa da realização dos direitos fundamentais constitucionalmente tutelados.

Portanto, a exigência de comprovação da incapacidade financeira para estabelecer a obrigação do Estado fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo, conforme tese fixada pela decisão no caso estudado, pode ser considerada inconstitucional à luz dos princípios e do modelo adotado pela Constituição Federal de 1988, ao contrariar o princípio da universalização previsto no artigo 196. Em outras palavras, a decisão do STJ leva a entender que o atendente do SUS pode se negar a atender o Faustão, sob o argumento de que está inserido na classe de pessoas que detêm capacidade financeira e que devem usar o serviço privado de saúde.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Antônio Herman *et al.* **O meio ambiente na Constituição Federal de 1988. Desafios do direito ambiental no século XXI**: estudos em homenagem a Paulo Affonso Leme Machado. São Paulo: Malheiros, p. 363-398, 2005.

BRASIL. Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 06/12/2022, as 11:12.

COHN, Amélia. **O SUS e o direito à saúde**: universalização e focalização nas políticas de saúde. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS, 2005.

DE AZEVEDO RAMOS, Marcelo Cristiano; DO AMARAL JÚNIOR, José Levi Mello. Judicialização da saúde: um estudo de caso envolvendo medicamento de alto custo. *Revista Direito GV*, v. 19, p. e2338-e2338, 2023.

DE BARROS MELLO, Maria Renata *et al.* JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CIDADE DE SANTOS/SP. In: ANAIS DO 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...**, Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/trabalhos/judicializacao-da-saude-na-cidade-de-santosp?lang=pt-br>>. Acesso em: 21 Nov. 2024.

FREITAS, Roberto; LIMA, Thalita Moraes. **Metodologia de análise de decisões**. *Universitas Jus*, v. 2, 2010.

GRINOVER, Ada Pellegrini. O controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 7, n. 7, p. 09-37, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS e a atenção primária à saúde. **Rev APS**, v. 8, p. 218-9, 2005.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal**: uma promessa não cumprida pelo SUS?. Texto para Discussão, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, v. 17, p. 227-234, 2014.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Decisão Judicial. Recurso Especial nº 1.657.156 de 2017. Disponível em:
<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>. Acesso dia 06/12/2022, as 16:28.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Decisão Judicial. Agravo em Recurso Especial Nº 405.126 - DF. Disponível em:
https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STJ/attachments/STJ_AGINT-ARESP_405126_4597e.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671549591&Signature=0mjtIBRtKOHewjQ8OuIGWHdNr0Y%3D. Acesso dia 06/12/2022, as 16:30.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Decisão Judicial. Agravo em Recurso Especial Nº 822.499 - MG. Disponível em:
https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STJ/attachments/STJ_AGINT-ARESP_1656657_8e1e6.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671549811&Signature=j34IDXF025E1DCvDTxvEEuKDvg%3D. Acesso dia 06/12/2022, as 16:32.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário nº 892.590 RIO GRANDE DO NORTE de 2016. Disponível em:
https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/attachments/STF_AGR-SEGUNDO-RE_892590_98029.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550022&Signature=xqTFCIaxfiTTYTiJZnLAAZrPfD4%3D. Acesso dia 01/12/2022, as 16:36.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário nº 892.590 RIO GRANDE DO NORTE de 2016. Disponível em:
https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/attachments/STF_AGR-SEGUNDO-RE_892590_98029.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550022&Signature=xqTFCIaxfiTTYTiJZnLAAZrPfD4%3D

es=1671550022&Signature=xqTFCIaxfiTTYTiJZnLAAZrPfd4%3D. Acesso dia 01/12/2022, as 16:36.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário n° 273.042 RIO GRANDE DO SUL de 2001. Disponível em: https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/IT/RE-AGR_273042_RS-_28.08.2001.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550260&Signature=KR%2Fu7cKmOGdNerN0iVxy51XLpsM%3D. Acesso dia 01/12/2022, as 16:38.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário n° 255627 RIO GRANDE DO SUL de 2000. Disponível em: https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/IT/RE-AGR_255627_RS-_21.11.2000.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550455&Signature=8yT9d4g1NWdHVTHCY0sURzv%2BsEY%3D. Acesso dia 01/12/2022, as 16:41.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n° 553.712 RIO GRANDE DO SUL de 2009. Disponível em: https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/IT/AI_553712_RS-_19.05.2009.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550614&Signature=8mP8Iy8tg4rdZ5CSnqMqcmfpaC0%3D. Acesso dia 01/10/2022, as 16:43.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n° 616.551 GOIÁS de 2007. Disponível em: https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/STF/IT/AI_616551_GO_1279004161935.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAO67SMCVA&Expires=1671550794&Signature=WF0H3470EifbzTWF9z53HI3IKOs%3D. Acesso dia 01/12/2022, as 16:46.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário n° 566.471 RIO GRANDE DO NORTE. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/re-566471-votopdf.pdf>. Acesso dia 01/12/2022, as 16:48.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Decisão Judicial. Recurso Extraordinário n° 657.718 MINAS GERAIS de 2011. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso dia 01/12/2022, as 16:51.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 1, 2023.