

## O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O FEDERALISMO DO SUS

THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH AND THE FEDERALISM OF BRAZILIAN HEALTH SYSTEM (SUS)

**João Felipe da Silva Neto**

Mestre em Direito Constitucional pelo  
Instituto Brasiliense de Direito Público.

**Resumo:** O objetivo do presente trabalho é analisar o direito à saúde, notadamente no que se refere à dispensação de medicamentos, e as consequências da judicialização desse direito sob a ótica do federalismo do Sistema Único de Saúde. Pretende-se analisar a responsabilidade solidária dos entes federados em casos que tais.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Judicialização. Impactos Financeiros. Federalismo do SUS. Responsabilidades.

**Abstract:** The objective of this study is to analyze the right to health, especially regarding the dispensation of medicines, and the consequences of the judicialization of this right from the point of view of federalism of the Unified Health System. It is intended to analyze the joint responsibility of the federated entities in such cases.

**Keywords:** Right to Health. Judiciary. Financial Impacts. Federalism of SUS. Responsibilities.

### 1. Introdução

O avanço normativo, ao conferir à saúde e à assistência farmacêutica o status de direito fundamental, ensejou o recurso à tutela jurisdicional e deu vazão a demandas judiciais individuais dos cidadãos para efetivação desse direito.

A questão da solidariedade entre os entes federados, no que tange à responsabilidade pelo fornecimento dos meios e instrumentos necessários à garantia de acesso ao direito fundamental à saúde, tem embasado

frequentes decisões judiciais concessivas dos mais variados tipos de acesso à instrumentalização do direito fundamental, muitas vezes refletindo efeitos inesperados pelo administrador público, sem se atentar para a realidade da política pública implantada.

A questão da judicialização da saúde reflete, pois, efeitos diretos nas finanças públicas e, por isso mesmo, merece ser refletida sob a ótica do federalismo do Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei Orgânica da Saúde.

É necessário ponderar acerca dos efeitos das deliberações judiciais concessivas dos pleitos emergenciais de acesso aos meios garantidores da saúde, sobretudo através de uma visão macro, bem como delimitar os efeitos e consequências dessas decisões nos últimos anos, o que possibilitará uma projeção para se interpretar as consequências futuras.

## **2. Acesso à saúde como direito fundamental e a competência dos entes federados por sua garantia. O federalismo do SUS.**

Cediço que a supremacia da Constituição de um país serve como pilar de sustentação do Estado Democrático de Direito, vez que garante o respeito à ordem jurídica, bem como possibilita a efetivação dos valores sociais.

Justamente em razão dessa supremacia é que consubstancia indispensável o pensamento de um sistema cujo objeto seja protegê-la, a fim de afastar toda e qualquer agressão aos preceitos constitucionais.

O artigo 6º da Magna Carta de 1988 eleva a saúde ao nível de direito social inovando o sistema constitucional até então vigente. Somente com a promulgação da Constituição Cidadã é que os direitos sociais foram positivados de forma efetiva como direito fundamental.

Para Roberto Mercado Lebrão (Conti, 2010, p.367):

Ao compará-la com os demais direitos sociais consagrados pela Constituição, é fácil constatar que a saúde foi merecedora de indiscutível atenção especial, tendo sido tratada com uma incomum riqueza de detalhes para os padrões constitucionais.

Tal detalhamento é inclusive alvo de algumas críticas, com base no argumento de que as Constituições, por sua natureza, devem servir exclusivamente como veículos de diretrizes e parâmetros gerais, reservando-se as minúcias ao campo infraconstitucional.

De todo modo, ainda que respeitado esse argumento, é fato que, ao menos na experiência brasileira, tal opção do legislador constituinte acabou se mostrando positiva, na medida em que o direito à saúde, apesar de diversos problemas e limitações, é considerado por muitos como aquele que mais rapidamente evoluiu após a promulgação da nova Constituição no campo do federalismo cooperativo.

Com a redemocratização operou-se uma intensificação nas discussões acerca da universalização dos serviços públicos de saúde, o que culminou no "movimento sanitário" e na criação do Sistema Único de Saúde.

Ingo Wolfgang Sarlet (2014, p. 534) leciona que a Constituição Federal de 1988 foi a primeira, na história constitucional brasileira, a prever um título específico para os chamados direitos e garantias fundamentais, em que, juntamente com os direitos e deveres individuais e coletivos, os direitos políticos e as regras sobre a nacionalidade, foram também consagrados direitos sociais básicos e de caráter geral, bem como um extenso elenco de direitos dos trabalhadores, igualmente previstos no capítulo dos direitos sociais.

O direito à saúde resulta de um contexto normativo-constitucional que se mostra presente inclusive no preâmbulo da Constituição, como efeito do próprio princípio da dignidade da pessoa humana, que consubstancia um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. É pois, a saúde, um direito social, um dever do Estado e uma garantia inderrogável do cidadão, sendo indisponível, por traduzir-se em pressuposto essencial à vida, constituindo-se, demais disso, em um direito fundamental da pessoa.

A etiqueta prevista no art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido por meio de

políticas sociais e econômicas que visem a redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A norma constitucional elencada no dispositivo mencionado não define de forma exata o conteúdo do direito à proteção e/ou promoção à saúde o que, não raramente, tem sido levado ao Poder Judiciário em busca da sua efetivação.

Em uma perspectiva subjetiva, calha analisar a possibilidade de se exigir em juízo os direitos sociais, sobretudo sob a ótica da limitação do controle judicial sob as políticas públicas e do impacto na chamada reserva do possível.

É notória a tendência ao reconhecimento do direito ao mínimo existencial, como forma de garantir ao cidadão as condições materiais mínimas para uma vida digna.

A busca pelo atendimento aos direitos sociais deve ser interpretada sob duas óticas diferentes: a primeira através de prestações materiais (positivas) e a segunda por meio de políticas defensivas (negativas).

No caso do direito à saúde, a dimensão defensiva pode ser verificada na vedação à prática de atos, seja por parte do próprio estado ou de organismos privados, que possam causar danos ou ameaçar a saúde do cidadão.

Doutro norte, a dimensão positiva evidencia-se na medida em que para efetivação do direito à saúde indispensável é a adoção de posturas e ações por parte do ente estatal no sentido de fomentar o acesso à saúde, inclusive através do fornecimento de prestações materiais, tais como medicamentos, tratamentos, exames, equipamentos, suplementos, entre outros.

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2014, p. 542) o direito à saúde impõe ao Estado a criação de todo um aparato de proteção, assim como a criação de uma séria de instituições, organizações e procedimentos dirigidos à prevenção e promoção da saúde, situação na qual se está em face de um direito social na sua condição de direito prestacional em sentido amplo, tanto

como direito de proteção, quanto na condição de direito à organização e ao procedimento.

A questão da judicialização do direito à saúde é um dos temas mais tormentosos nas discussões acerca dos direitos sociais e o reflexo nas finanças do Estado, o que parece apontar para a ponderação como forma de solucionar o conflito entre o direito fundamental e outros princípios elencados no texto constitucional.

Para Barroso (2009, p. 5) pode ocorrer de um direito fundamental precisar ser ponderado com outros direitos fundamentais ou princípios constitucionais, situação que deverá ser aplicada na maior extensão possível, levando-se em conta os limites fáticos e jurídicos, preservado o seu núcleo essencial.

O primeiro entrave que se verifica na questão se dá em razão do conteúdo aberto da norma que estabelece e assegura o direito à saúde sem, contudo, fixar balizas, restando, pois, ao intérprete a integração prática da norma constitucional.

Ingo Wolfgang Sarlet (2014, p. 196) observa ser na condição de direito a prestações materiais, entretanto, que o direito à saúde incita as maiores controvérsias. De um lado, tem-se a discussão sobre a limitação dos recursos públicos para assegurar o direito fundamental, que remete ao problema da denominada reserva do possível. Trata-se de discussão acerca das decisões sobre a alocação de recursos públicos que envolve: um aspecto fático, qual seja, os questionamentos quanto à existência, à disponibilização e à alocação dos recursos públicos, bem como no caso da saúde, sobre a limitação dos próprios recursos sanitários; e, um aspecto jurídico, concernente à capacidade de disposição sobre esses mesmos recursos, que perpassa a definição das competências constitucionais e abrange, entre outros, princípios como a proporcionalidade, a subsidiariedade, a eficiência e, no ordenamento brasileiro, os princípios da federação e da autonomia municipal.

Sempre se verificou uma tendência por parte dos titulares do Poder Jurisdicional e também da doutrina no sentido de reconhecer o direito à saúde como sustentáculo para prestações positivas tanto nas hipóteses de iminente risco para a vida como de necessidade de garantia do mínimo existencial.

Através de uma rápida análise dos fundamentos lançados quando do deferimento dos pleitos liminares atinentes ao chamado direito à saúde, o que se vislumbra é que a sua grande maioria ampara na lógica de ser este um direito fundamental de todos os cidadãos e, pois, uma obrigação do Estado. Ademais, firmam-se na etiqueta legal inserta no art. 23, II da Constituição da República, segundo a qual é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

A disposição que fixa a competência comum entre os entes federados, todavia, não deve ser interpretada de forma isolada, mas sim de maneira sistêmica, sobretudo em conjunto com a norma insculpida no artigo 198 do próprio texto constitucional.

Isso porque a disposição contida nesse dispositivo é clara ao prever que as ações e os serviços públicos de saúde integram a uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único orientado por três diretrizes, quais sejam: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, por fim, participação da comunidade.

A conclusão que pode ser extraída do referido dispositivo é a indiscutível carga de 'descentralização coordenada' atribuída às políticas de saúde, por meio da definição de um modelo baseado em uma rede regionalizada e hierarquizada, porém com direção única em cada esfera de governo. (Conti, 2010, p.368)

Dessa forma, a responsabilidade solidária prevista no artigo 23, II da Constituição Federal, que serve de amparo para grande parte das decisões concessivas de fármacos de alto custo ou outros tratamentos médicos e de saúde, vige no sentido institucional, no afã de impor aos entes federados a organização de sistema público de saúde.

Lado outro, uma vez instituído o sistema público de saúde com a correspondente adoção das respectivas políticas públicas, individualizar-se-á a responsabilidade de cada um dos entes federados, que passará a ser, pois, subsidiárias entre eles.

O legislador constituinte, ao prever a responsabilidade comum entre os entes federados, o fez no intuito de constituir um sistema único de saúde, com organização regionalizada e hierarquizada. A partir da constituição desse sistema único, busca-se a delimitação de competências e a divisão das respectivas responsabilidades pelo atendimento ao direito fundamental assegurado pelo artigo 6º da Magna Carta.

Cediço que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência concorrente para legislar acerca da proteção e defesa da saúde, nos termos previstos nos artigos 24, XII e 30, II da Magna Carta de 1988.

Enquanto à União compete o estabelecimento das normas gerais, aos Estados restou competência para suplementar a legislação federal. Aos Municípios, por sua vez, cabem legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo, entretanto, suplementar a legislação federal e estadual.

Doutro norte, na seara administrativa, a União, os Estados, o Distrito Federal e Municípios possuem competência comum para formular e executar as políticas públicas de saúde, o que impõe a necessidade de que haja cooperação em busca do equilíbrio e bem-estar em âmbito nacional.

Nesse sentido dispõe o Parágrafo único do artigo 23 segundo o qual leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar no âmbito nacional.

Para Fernanda Dias Menezes de Almeida (2014, p. 751) caberá a tais leis fixar as bases políticas e as normas operacionais disciplinadoras da forma de execução dos serviços e atividades cometidos concorrentemente a todas as entidades federadas, para assegurar que não haja dispersão de esforços.

Dessa forma, será objeto da norma especificar o que compete a cada esfera política na prestação dos serviços de saúde, considerando-se as reais possibilidades administrativas e orçamentárias.

Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), que estabelece acerca da estrutura, modelo operacional, organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é concebido como conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta (Barroso, 2009, p.7).

Entre as suas principais atribuições está a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (art. 6º, VI).

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2014, p. 197) ao contrário do que defende parcela da doutrina, a universalidade dos serviços de saúde não traz, como corolário inexorável, a gratuidade das prestações materiais para toda e qualquer pessoa, assim como a integralidade do atendimento não significa que qualquer pretensão tenha de ser satisfeita em termos ideais.

Para o jurista, a concepção de igualdade substancial (inclusive no que diz com a observância das diferenças) pode levar à restrição da gratuidade das prestações (pelo menos sua compreensão próxima de uma tendencial gratuidade, tal como passou a estabelecer a Constituição Portuguesa após uma revisão quanto a este ponto), tendo sido, de resto, objeto de algum reconhecimento seja no que diz com algumas políticas públicas, seja na esfera jurisprudencial e doutrinária.

Referido diploma legal estabelece com clareza solar que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF, e deverá obedecer aos princípios que institui, entre eles, a organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A organização do sistema único de saúde de forma a se evitar a duplicidade na prática de atos buscando a mesma finalidade, evidencia a preocupação do legislador com o acúmulo de esforços por parte de mais de um ente federado em busca do atendimento da mesma necessidade.

Deveras, sua intenção foi evidenciar que o sistema único ali definido se baseava em um modelo de atendimento à população com diferentes níveis de complexidade técnica, buscando evitar uma sobreposição de ações que levariam a um maior desperdício dos recursos destinados no SUS. (Conti, 2010, p.369)

Para Inocência Mártires Branco como no Estado Federal há mais de uma ordem jurídica incidente sobre o mesmo território e sobre as mesmas pessoas, impõe-se a adoção de mecanismos que favoreça a eficácia da ação estatal, evitando conflitos e desperdício de esforço e recursos.

O instrumento criado pelo legislador para o controle da eficácia da política pública, bem como para se evitar conflitos e desperdício de esforços e recursos é justamente a repartição de competências entre os entes federados, na lógica instituída pelo chamado "federalismo do SUS".

Ademais, o artigo 36 da Lei Orgânica da Saúde prevê que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde nos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

O texto normativo em comento cuidou, outrossim, de definir a atribuição de cada um dos entes federados, e o fez da maneira doravante exposta:

À direção Nacional do SUS, nos termos do artigo 16 da Lei Orgânica da Saúde, compete: formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades

representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

À direção estadual do SUS, por sua vez, compete: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; estabelecer normas, em

caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (artigo 17 da Lei n.º 8.080/1990).

Por fim, o artigo 18 da Lei em comento atribui à direção municipal: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Necessário consignar, outrossim, que ao Distrito Federal competem as atribuições dos Municípios e dos Estados, nos exatos termos constantes da etiqueta legal inserta no artigo 19 da Lei Orgânica da Saúde.

Dessa forma, na lógica federativa do Sistema Único de Saúde, não há se falar em competência comum entre os entes federados, posto que cada qual possui atribuição muito bem delimitada pela lei de regência, somente surgindo responsabilidade para um determinado ente, no que tange à competência de outrem, em caso de flagrante omissão, o que caracteriza, conforme outrora consignado, suas responsabilidades subsidiárias.

### 3. Conclusão

O aumento da busca por tutela jurisdicional tendente a garantir o acesso ao direito fundamental à saúde, sobretudo através de demandas individuais, consubstancia-se bastante elevado ao longo dos últimos cinco anos, refletindo, pois, efeitos prejudiciais nas finanças públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O acesso à saúde, como direito fundamental de segunda geração que é, e isso se torna indiscutível em razão da clareza solar apresentada pelo texto constitucional, precisa ser garantido, até porque essa é a imposição constitucional.

Todavia, essa garantia deve obedecer as balizas do sistema federativo instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), sobretudo no que tange à competência dos estes federados para atendê-la.

Se assim não for, o sistema único de saúde instituído pelo ordenamento jurídico brasileiro, em clara consonância com a previsão do sistema constitucional vigente, mostra-se ineficaz, ineficiente e desnecessário, vez que feriria de morte a organização regionalizada e hierarquizada prevista na norma alhures mencionada e, por consectário, a descentralização coordenada.

Há que se estabelecer uma interpretação sistemática do texto constitucional, devidamente regulamentada pela lei ordinária, a fim de se estabelecer um sistema unitário, hierarquizado e regionalizado, mas que, concomitantemente seja capaz de garantir o acesso à dignidade da pessoa humana, uma das premissas do sistema constitucional e uma das razões pelas quais deve o estado garantir ao cidadão o acesso às condições mínimas para garantia de sua saúde e de sua família.

Afinal, as decisões judiciais proferidas sem se considerar as regras de repartição de competência, bem como o federalismo instituído pelo Sistema Único de Saúde, geram impacto no orçamento, já que criam despesas fora das rubricas orçamentárias.

### Bibliografia

BARROSO, Luís Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização efetiva: direito à saúde, fornecimento de gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 60, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

CAPPELLETTI; GARTH apud REIS JUNIOR, Paulo Bianchi. A judicialização do acesso a medicamentos: a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008.

CASTRO, Katia Regina Tinoco Ribeiro de. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões Judiciais na área da saúde. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Getúlio Vargas – Direito Rio. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9769> Acesso em: 06 dez 2016.

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos. Impacto deslocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. In.: Controle Externo – Estudos Temáticos. GUERRA, Evandro Martins; CASTRO Sebastião Helvécio Ramos de (Coord). Belo Horizonte: Forum, 2012

CONTI, José Mauricio; SCAFF, Fernando F.; BRAGA, Carlos A. Faraco (cords.). *Federalismo fiscal: questões contemporâneas*. Florianópolis: Conceito Editorial - IBDF, 2010.

CONTI, José Maurício. *Levando o Direito Financeiro a Sério*. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/1TNvdTU>.

LOPES, Mauricio Caldas. *Judicialização da saúde*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

MACIEL, Debora Alves; KOERNER, Andrei. *Sentidos da judicialização da política: duas análises*. São Paulo: Lua Nova, 2002.

SANT'ANA JMB; OSÓRIO-DE-CASTRO CGS, VENTURA M. *Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil*. Revista Panam Salud Publica. 2011;29(2):138-44.

SANTOS, Lenir; TERRAZ, Fernanda (Org.). *Judicialização da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2014. p.25-57.

WANG, Daniel; VASCONCELOS, Natália Pires. OLIVEIRA, Vanessa Elias; TERRAZAS, Fernanda. *Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa*. Revista de Administração Pública, set/out 2014.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. *Dezessete anos de judicialização da política*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v19n2/a02v19n2>>. Acesso em 06 dez 2016.