



**CENTRO UNIVERSITÁRIO MÁRIO PALMÉRIO**  
**Curso de Direito**

**AMANDA LUIZA RIBEIRO**

**DIREITO À VIDA DIGNA: OS IMPASSES AO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NOS  
CASOS DE TRATAMENTOS PALIATIVOS E DE ALTO CUSTO**

**MONTE CARMELO/MG**  
**2021**

**AMANDA LUIZA RIBEIRO**

**DIREITO À VIDA DIGNA: OS IMPASSES AO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NOS  
CASOS DE TRATAMENTOS PALIATIVOS E DE ALTO CUSTO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Direito, como parte do requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Mardeli Maria da Mata.

**MONTE CARMELO/MG  
2021**

**AMANDA LUZIA RIBEIRO**

**DIREITO À VIDA DIGNA: OS IMPASSES AO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NOS  
CASOS DE TRATAMENTOS PALIATIVOS E DE ALTO CUSTO**

Artigo Científico apresentado ao Centro  
Universitário Mário Palmério, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Bacharel em  
Direito.

Monte Carmelo, 28 de agosto de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Mardeli Maria da Mata

---

Professora Bárbara Nunes

---

Professor Fernando Mundim Veloso

## RESUMO

Este estudo busca realizar uma abordagem crítica a respeito do direito constitucional à saúde, especialmente, no que se refere aos tratamentos e medicamentos de alto custo destinados aos pacientes portadores de doenças raras e/ou ultrarraras. Nesse caminho, considera-se importante traçar comentários sobre a responsabilidade estatal quanto a efetivação das normas garantidoras do acesso à saúde, notadamente, por intermédio do Sistema Único de Saúde. Demais disso, também interessa observar o nascimento da justiciabilidade do direito à saúde, representada pela provocação do Judiciário quando há uma negativa do Poder Público. Assim sendo, é necessário observar ainda, aspectos sobre os tratamentos paliativos e de alto custo, sobretudo frente ao novo cenário epidemiológico decorrente do novo Coronavírus. Portanto, imprescindível se faz, demonstrar a obrigatoriedade dos entes estatais em fornecer aos cidadãos os tratamentos a eles indicados, independentemente das argumentações contrárias.

Palavras-chave: Direito à saúde; Poder-dever do Estado; Tratamentos paliativos e de alto custo (AME).

## ABSTRACT

This study seeks to carry out a critical approach regarding the constitutional right to health, especially with regard to high-cost treatments and medications for patients with rare and/or ultrarare diseases. In this way, it is considered important to draw comments on state responsibility regarding the effectiveness of the norms that guarantee access to health, notably through the Unified Health System. Furthermore, it is also interesting to observe the birth of the justiciability of the right to health, represented for the provocation of the Judiciary when there is a denial by the Public Power. Therefore, it is necessary to observe aspects about palliative and high-cost treatments, especially in view of the new epidemiological scenario resulting from the new Coronavirus. Therefore, it is essential to demonstrate the obligation of state entities to provide citizens with the treatments indicated to them, regardless of the arguments to the contrary.

Keywords: Right to health; State power-duty; Palliative and high-cost treatments (SMA).

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1 O DIREITO À SAÚDE PELA ÓTICA CONSTITUCIONAL.....</b>	<b>6</b>
1.1 A saúde como direito social constitucional.....	6
1.2 A responsabilidade dos entes estatais face à concretização do acesso à saúde .....	7
1.3 Da estruturação do Sistema Único de Saúde .....	9
<b>2 DA VIOLAÇÃO À JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE .....</b>	<b>10</b>
2.1 Da resposta jurisdicional frente à negativa dos entes estatais.....	11
2.2 Da reserva do possível: controle orçamentário ou bloqueio à tutela jurisdicional ....	12
2.3 Do mínimo existencial e direito à vida digna .....	13
<b>3 TRATAMENTOS PALIATIVOS E NOVOS DESAFIOS .....</b>	<b>15</b>
3.1 Tratamentos de alto custo: os percalços do acesso à saúde ao particular e a coletividade 15	
3.2 Medidas coercitivas para a efetivação do acesso à saúde.....	17
3.3 Novos desafios em relação ao atual cenário epidemiológico.....	18
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>

## INTRODUÇÃO

O presente ensaio possui como objeto de pesquisa os impasses enfrentados pelos pacientes que necessitam de tratamentos paliativos e de alto custo, sobretudo, considerando aspectos relativos ao direito constitucional à saúde.

Nesse sentido, busca-se analisar a responsabilidade dos entes públicos diante da necessária efetivação dos comandos normativos emanados da Constituição da República. A esse respeito, interessa traçar comentários sobre o Sistema Único de Saúde, principal responsável por organizar as diretrizes que viabilizam o implemento desse direito.

Ademais, cumpre esclarecer aspectos referentes a negatória do Estado frente às necessidades dos cidadãos quanto aos tratamentos médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, valendo ressaltar, a atuação do Poder Judiciário quando há violação das normas constitucionais e infraconstitucionais.

Com efeito, por meio de pesquisas bibliográficas e jurisprudenciais buscar-se-á estudar os principais obstáculos enfrentados na concretização do acesso à saúde, bem como os aliados na sua defesa.

Destarte, cabem observações sobre o conflito existente entre a reserva do possível, enquanto forma de controle orçamentário e óbice ao deferimento administrativo e judicial das tutelas relacionadas ao direito à saúde, e a principiologia do mínimo existencial e de uma vida digna.

Prosseguindo, sobrelevasse que a suprarreferida celeuma ganha contornos ainda mais densos quando contraposta aos tratamentos paliativos e de alto custo, referentes às doenças raras e/ou ultrarraras, como a exemplo, da Atrofia Muscular Espinhal.

Nessa seara, tendo em vista a necessidade do paciente face à negativa dos Poderes, interessante destacar ainda, aspectos atinentes às medidas de coerção utilizadas para o fim de obrigar o cumprimento de dispositivos normativos e de políticas públicas no âmbito da saúde.

Para o fim de contextualizar as questões abordadas, realça-se elementar tecer comentários sobre os novos desafios enfrentados pelo sistema de saúde frente à crescente demanda oriunda dos pacientes infectados pelo novo Coronavírus, os quais precisam ser atendidos sem que haja um esquecimento das enfermidades que com ele coexistem.

Em derradeiro, intenta-se demonstrar a imprescindibilidade do atendimento dos pacientes que necessitam de tratamento e medicamentos de alto custo, independente das dificuldades orçamentárias que se colocam como obstáculo da efetivação da norma constitucional.

## 1 O DIREITO À SAÚDE PELA ÓTICA CONSTITUCIONAL

O direito social à saúde decorre da influência do estado de bem-estar social, o qual ganhou embalo a partir do fim da Segunda Guerra-Mundial, ou seja, foi dentro desse cenário que surgiu a necessidade de garantir à população uma cartela mínima de direitos. (BRASIL, 2020, p. 16)

Verifica-se que a Constituição da República de 1988 objetiva universalizar políticas de implementação de direitos sociais no Brasil. (OLIVEIRA e TASSINARI, 2014, p. 81)

Nesse sentido, note-se que o Estado possui duas ramificações quanto ao direito à saúde, de um lado tem-se a necessidade de uma atuação preventiva, na qual se fazem imprescindíveis políticas públicas e conscientização dos riscos e doenças ligadas à saúde, ao passo que, de outro lado, a que se falar no acesso universal e igualitária à saúde.

### 1.1 A saúde como direito social constitucional

Com o advento da Constituição da República de 1988, o direito à saúde ganha pela primeira vez sua consagração. (BRASIL, 2015, p. 15). Logo, era necessário para o efetivo cumprimento da ordem constitucional uma organização estrutural do Estado, razão pela qual o Brasil adotou a criação do Sistema Único de Saúde.

Assim, Marinoni e outros ensinam que o direito à saúde envolve uma extensa linha de atuação por parte do Estado, *in verbis*:

Mesmo assim, basta uma leitura superficial dos dispositivos pertinentes (arts. 196 a 200) para que se perceba que nos encontramos, em verdade, no que diz com a forma de positividade, tanto em face de uma norma definidora de direito (direito à saúde como direito subjetivo, de todos, portanto de titularidade universal), quanto diante de normas de cunho impositivo de deveres e tarefas, pois o art. 196 enuncia que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além de impor aos poderes públicos uma série de tarefas nesta seara (como a de promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e prestações nesta esfera). Num segundo momento, a Constituição remete a regulamentação das ações e serviços de saúde ao legislador (art. 197), além de criar e fixar as diretrizes do sistema único de saúde (art. 198), oportunizando a participação (em nível complementar) da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (art. 199), bem como estabelecendo, em caráter exemplificativo, as atribuições (nos termos da lei) que competem ao sistema único de saúde (art. 200). (MARINONI e outros, 2019, p. 836)

Portanto, denota-se que o Estado possui uma atuação ativa e impositiva no que tange à efetivação do direito à saúde insculpido na Constituição da República, sendo necessária uma rede organizada de atuações para que se efetive a norma constitucional emanada.

Assim, para André Ramos Tavares:

O direito à saúde é um direito de todos, constituindo um dever do Estado sua efetivação.

(...) o Estado deve promover políticas sociais e econômicas destinadas a possibilitar o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ademais, deve preocupar-se igualmente com a prevenção de doenças e outros agravos, mediante a redução dos riscos (arts. 166 e 198, II). Por fim, o tema relaciona-se diretamente com a dignidade da pessoa humana e o direito à igualdade, que pressupõem o Estado-garantidor, cujo dever é assegurar o mínimo de condições básicas para o indivíduo viver e desenvolver-se. (TAVARES, 2012, p. 854) (grifo nosso)

Nesse diapasão, diante do enorme destaque que a constituição cidadã reserva ao direito à saúde, ligado à vida digna, norma básica do estado democrático de direito, nota-se, conforme bem esclarece o autor André Tavares, que se trata de um direito que deságua com *status* de relevância pública, exigindo para tanto uma cadeia de regulamentação, fiscalização e controle, visando garantir que o Estado cumpra o dever constitucionalmente imposto. (TAVARES, 2012, p. 855)

Prosseguindo, como bem elucidado por Flávio Martins Alves Nunes Júnior, essa garantia trata-se do primeiro direito social a ser efetivado em um diploma legal – Constituição de 1824, que estabelecia a “garantia dos socorros públicos” (NUNES JÚNIOR, 2019, p. 1236), o princípio do que viria a ser anos mais tarde o direito a saúde, que desaguaria, anos mais tarde, aos novos impasses à saúde, como no caso dos tratamentos paliativos e de alto custos para doenças como a Atrofia Muscular Espinhal (*vide* 3.1).

Contudo, embora se vislumbre uma trajetória da garantia à saúde nas Constituições brasileiras, como por exemplo, o direito a saúde pública insculpido no artigo 138 da Constituição de 1934, foi com o advento da Carta Magna de 1988 que os direitos sociais ganharam mais visibilidade na norma mãe, no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Assim, tem-se a saúde como direito social constitucional, no qual a Constituição de 1988 insculpe os direitos fundamentais, baseados na dignidade humana, a fim de possibilitar à população diversos direitos, com o propósito de proteger a vida e, ainda mais, garantir essa da forma mais plena e digna possível. É nesse sentido, que os entes estatais possuem deveres para a concretização das garantias ali titularizadas, notadamente neste estudo, ao direito à saúde.

## **1.2 A responsabilidade dos entes estatais face à concretização do acesso à saúde**

Inicialmente, cumpre destacar que a Constituição da República estabelece, conforme se extrai do artigo 197, que o direito à saúde se trata de tema de relevância pública. Tendo em vista estar intimamente ligado com o direito à vida, bem como a dignidade humana, a qual norteia o Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, André Ramos Tavares disciplina que “a constituição expressamente declara que as ações e serviços de saúde são consideradas “de relevância pública” (art. 197 da CB). Cabe ao Poder Público, pois dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”. (TAVARES, 2012. P. 854-855)

Note-se que o direito à saúde compete ao Poder Público, devendo para tanto, realizar diversas políticas públicas que propiciem aos seus cidadãos o acesso à saúde. Logo, interessante citar, a respeito da Emenda Constitucional n. 86 de 2015, a qual estabelece que 15% (quinze por cento) da receita líquida do respectivo ano financeiro da União seja destinado às ações que visem a promoção deste direito. Ademais, quanto aos percentuais referentes aos Estados, Distrito Federal e Municípios, deverá ocorrer através de lei complementar.

Em relação aos deveres dos entes políticos na promoção do direito à saúde, esclarece-se que caberão a todos os entes assegurarem tal direito, seja implementando ações ou garantindo medicamentos e tratamentos necessários para sua concretização. Nessa vertente, cita-se as jurisprudências dos tribunais de São Paulo e Minas Gerais, respectivamente:

(...) Direito fundamental e dever legal e constitucional dos entes políticos em promover os medicamentos e tratamentos necessários para garantir a saúde de seus cidadãos.(...)

(TJSP; Apelação / Remessa Necessária 1012269-40.2020.8.26.0071; Relator (a): Nogueira Diefenthaler; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Público; Foro de Bauru - 2ª Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 26/03/2021; Data de Registro: 26/03/2021) (grifo nosso)

Segundo posicionamento pacífico do Supremo Tribunal Federal, tratamentos médicos adequados aos necessitados se inserem no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados, podendo o polo passivo de ações pleiteando prestações à satisfação do direito à saúde ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente. (...)

(TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.21.021963-0/001, Relator(a): Des.(a) Jair Varão , 3ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 25/03/0021, publicação da súmula em 26/03/2021) (grifo nosso)

Portanto, sob esse argumento, criou-se o Sistema Único de Saúde a fim de garantir, conforme informações do sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde as seguintes ações:

(...) controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, na fiscalização de alimentos pela da Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que você utiliza diariamente, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, e inclusive, nas regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano. Muitos

procedimentos médicos de média e alta complexidade, por exemplo, são feitos pelo SUS, como doação de sangue, doação de leite humano (por meio de Bancos de Leite Humano), quimioterapia e transplante de órgãos, entre outros. (SES)

Assim, conforme se analisa da Constituição da República e da jurisprudência dos tribunais brasileiros, com fundamento no entendimento do Superior Tribunal Federal, é de competência/responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios realizar as ações necessárias para efetivar o acesso à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde.

Portanto, em caso de diagnóstico de AME, doença neurológica progressiva que destrói os neurônios motores, muito embora possuam um alto custo, devem ser custeadas pelos entes federativos, tendo em vista serem de sua responsabilidade o direito à saúde, conforme se demonstra no presente ensaio.

### **1.3 Da estruturação do Sistema Único de Saúde**

Conforme levantamentos do sítio eletrônico da Secretaria de Saúde, verifica-se alguns marcos importantes no histórico evolutivo do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, o marco inicial foi a criação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) em 1940, logo, outro ponto a destacar refere-se à Constituição da República de 1988, sendo considerada um divisor de águas, tendo criado o Sistema Único de Saúde, como sendo um direito de todos e dever do Estado; dois anos após, um passo importante diz respeito a Lei Orgânica de Saúde n. 8.080 do ano de 1990, a qual regulamenta as ações e serviços, visando promover, proteger e recuperar a saúde, em âmbito nacional, de forma universal e igualitária; salienta-se ainda o ano de 2000, tendo sido aprovada a Emenda Constitucional n. 29, definindo os recursos mínimos a serem investidos na saúde; por fim cita-se ainda o ano de 2014, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.

Insta consignar que, o sistema de saúde possui várias conquistas ao longo dos anos. Desse modo, observa-se que caberá ao Sistema Único de Saúde, de forma regionalizada, hierárquica, descentralizada por meios dos recursos governamentais controlar e fiscalizar os projetos e ações, referentes a procedimentos, tratamentos e qualidade de vida; colaborar com a produção e desenvolvimento de medicamentos e equipamentos necessários para a concretização das políticas públicas.

Ademais, tem-se que o Sistema Único de Saúde trata-se de uma complexa rede de cuidados relacionadas à saúde física, emocional e sanitária. Quanto a sua estrutura, conforme dados da Secretaria de Estado de Saúde tem-se: i) a porta de entrada do SUS é a Unidade Básica de Saúde – UBS, conhecida popularmente como os postos de saúde, responsabilidade das

prefeituras municipais; ii) a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, responsável por lidar com questões de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas ou em casos que as UBS não estejam em funcionamento; iii) hospitais da rede SUS, com atendimento de média e alta complexidade, como os casos de cirurgias eletivas, tratamentos clínicos.

Logo, diante dessa estruturação André Tavares ensina:

O sistema único de saúde deve, consoante o disposto no art. 200 da CF, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde pública e, igualmente, participar da produção de medicamentos, equipamentos e insumos. Deve fiscalizar e inspecionar alimentos e bebidas, compreendendo-se aí seu teor nutricional. Cumpre também ao sistema único executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador. O sistema único deve participar da formulação da política e execução das ações de saneamento básico, neste caso, conjuntamente com os demais órgãos (públicos ou privados) específicos desse setor. (TAVARES, 2012, p. 855)

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde trabalha para melhor atender os cidadãos com as Atenções Primárias (UBS, Agentes Comunitários, Equipe de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, SAMU, UPA e os hospitais); Secundária (responsável pelos serviços especializados ambulatorial e hospitalar, com serviços de diagnósticos e terapêuticos, com urgência e emergência; Terciária (alta complexidade, terapias e procedimentos de elevada especialização, que necessitam de alta tecnologia e/ou alto custo).

Portanto, é nos casos da Atenção Terciária que se enfrenta os percalços para a concretização do acesso à saúde, tendo em vista os citados princípios da reserva do possível, mínimo existencial e dignidade humana (*vide* 2.2 e 2.3) diante das possibilidades do Poder Público, sendo muitas vezes necessária a intervenção do Poder Judiciário, com aplicação de medidas coercitivas como nos casos de tratamentos paliativos, o que tem se agravado com o atual cenário epidemiológico enfrentado.

## **2 DA VIOLAÇÃO À JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE**

É de sabença comum, ao menos em linhas genéricas, que o direito à saúde é constitucionalmente garantido pelo Estado por intermédio de suas três esferas de poderes. Nesse ínterim, a fundamentação legal nem sempre é conhecida em seus meandros por todos os cidadãos, mas isso não impede que, em muitos casos, esse direito seja levado ao Poder Judiciário quando violado.

Com efeito, falar em direito à saúde potencializa a discussão acerca do acesso e concretização dos direitos encartados na Constituição Federal e demais leis

infraconstitucionais. Isso porque questões relacionadas à saúde pessoal e dos seus sensibilizam a mente humana o que reforça a necessidade de sua proteção, importando consignar que na medida em que esse direito é violado nasce sua justiciabilidade, representada por cada ação que é levada ao conhecimento do Judiciário na tentativa esperançosa de ver a qualidade e sobrevida resguardadas.

## **2.1 Da resposta jurisdicional frente à negativa dos entes estatais**

Inicialmente, observa-se que, em maior ou menor escala, há participação direta ou indireta de todos os poderes no que concerne à temática saúde. O Poder Legislativo, pode ser considerado como o pai das raízes normativas que resguardam a dignidade humana e os direitos dela decorrentes; o Poder Executivo é o responsável por alocar os recursos e elaborar as metas e prioridades a serem cumpridas e ao Poder Judiciário cabe a fiscalização dos demais poderes.

Volvendo-se a uma comparação ilustrativa com o direito privado é possível identificar a figura do cidadão com a de um credor, eis que lhe é conferida a faculdade de exigir do outro, no caso do Estado (responsabilidade solidária – STF, Tema 793), o cumprimento de obrigações previstas normativamente. Nessa senda, os entes estatais atraem a necessidade de um dever-agir representado pela realização das medidas apropriadas e necessárias ao adimplemento constitucional. (TAVARES, 2012, p. 854)

Desta feita, notório que a atuação do Poder Judiciário nasce de uma quebra de confiança anteriormente impingida ao cidadão. Todavia, também há dificuldades a serem enfrentadas na órbita judicial, até mesmo porque essa não pode desconsiderar os motivos que ensejaram as negativas anteriores e ao mesmo tempo não pode ignorar as necessidades sociais.

Sobreleva-se, portanto, que o caminho não é fácil, o que não significa que seja intransponível, mormente considerando a argumentação jurídica como aliada do direito à saúde, refutação essa para além da dogmática, mas enxertada com doses de realidade buscando a solução dos conflitos que certamente exigirão domínio de outros ramos do direito e porque não dizer humanismo e alteridade.

E mais: ao agir em resposta à negativa estatal está o Poder Judiciário a socorrer não só o cidadão, mas à própria validade do sistema jurídico, uma vez que ao atuar no desiderato de conferir vivacidade à Carta Magna faz com que as normas constitucionais saiam do papel ao ponto de que seja constatada uma perfeita identificação a carta fundamental e os anseios da sociedade.

Quando a negativa vier do legislativo Marinoni e outros ensinam que “os direitos sociais não podem ter sua eficácia e efetividade, mesmo como direitos a prestações, integralmente, portanto, exclusivamente, condicionadas por uma interposição legislativa” (MARINONI e outros, 2019, p. 807). Inobstante, quanto à interferência no âmbito da governabilidade, vê-se:

O problema da exigibilidade dos direitos sociais, contudo, se revela especialmente delicado (e a controvérsia na doutrina e mesmo em nível da jurisprudência assim o atesta) quando se trata de avaliar em que medida é possível, por intermédio do Poder Judiciário, impor ao Poder Público uma prestação diretamente fundada na Constituição (...) (MARINONI e outros, 2019, p. 808)

Assim, não se pode olvidar que o liame da atuação jurisdicional tem de enfrentar indubitavelmente que:

“sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197)”. (MORAES, 2003, p. 537)

Ora, a mesma carta que alforria também aprisiona: se por um lado é dada ao Judiciário liberdade de atuação na chamada judicialização do direito à saúde<sup>1</sup>, também lhe são impostos limites orçamentários e de gestão administrativa na árdua e bela tarefa de socorrer o cidadão quando ele mais precisa.

## **2.2 Da reserva do possível: controle orçamentário ou bloqueio à tutela jurisdicional**

Deveras o já assinalado anteriormente, é necessário observar questões de cunho orçamentário, até mesmo porque, inevitavelmente, não há como ignorar que a concretização de determinados direitos, no que se inclui o direito à saúde, é intimamente ligada à existência e boa administração dos recursos que integram o erário.

Nesse ínterim, não se pode perder de vista que esse é justamente um dos principais argumentos quando da negativa administrativa ou mesmo judicial no que concerne ao atendimento à saúde, mormente quando se está a falar em tratamentos paliativos e de alto custo.

Interessante notar também que na lida diária de ações relacionadas à saúde, tanto individuais como civis públicas, as defesas dos entes públicos estão impregnadas da costumeira

---

<sup>1</sup> Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça: “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.”

justificativa da reserva do possível, tendo em vista a realidade fática e jurídica que muitas vezes impedem a efetivação dos direitos.

Assim sendo, a questão está em se questionar até que ponto a negativa faz parte da regra do jogo ou quando está jungida à efetiva impossibilidade material do cumprimento da medida, mesmo porque, conforme preceitua Sgarbossa engloba-se na conhecida reserva do possível:

(...) toda restrição à realização de direitos fundamentais sociais baseada em escassez de recursos, seja esta compreendida como inexistência ou insuficiência econômica (real) dos recursos, seja compreendida como indisponibilidade jurídica dos mesmos, por força da legislação orçamentária (SGARBOSSA, 2009, p. 90)

Posto isso, se a resolução da esmagadora demanda atinente à saúde é atingida especialmente pela escassez de recursos frente às crescentes demandas, tem-se aqui um dos cerne da questão posta em debate.

Outrossim, é notório que a reserva do possível é tema inesgotável que ora atua para fins de controle orçamentário ora como forma de impor barreiras ao cumprimento das tutelas jurisdicionais protagonizando, quer num caso quer no outro, as discussões alusivas ao direito à saúde. Todavia, o equilíbrio da balança vem naturalmente da sua contraposição ao mínimo existencial e vida digna.

### **2.3 Do mínimo existencial e direito à vida digna**

Se por um lado levantam-se questionamentos acerca da viabilidade material e financeira quanto ao cumprimento de medidas relacionadas ao direito à saúde de outro erguem-se certezas concernentes ao mínimo existencial especialmente enquanto corolário da dignidade humana compreendida como “o princípio absoluto do direito, que faz com que todos os outros a ele devam obediência irrestrita”. (TAVARES, 2012, p. 591)

A par dessa situação, é importante ceder espaço a Marinoni e outros:

Em termos de fundamentação constitucional, a ausência de explicitação da garantia (e do direito) ao mínimo existencial pela Constituição Federal é superada pela inserção da garantia de existência digna dentre os princípios e objetivos da ordem constitucional econômica (art. 170, *caput*, da CF), assim como pela via da proteção à vida e à dignidade da pessoa humana, (...). (MARINONI e outros, 2019, p. 830)

Destarte, o direito à saúde e o cumprimento das tutelas e medidas a ele relacionadas ocupam parcela do núcleo essencial dos direitos sociais. Demais disso, não é redundante mencionar que o mínimo existencial não se enlaça exclusivamente ao mínimo vital, eis que

busca “resguardar não só a vida humana em si, mas uma vida saudável, portanto, uma vida com certa qualidade” (MARINONI e outros, 2019, p. 829)

Sobre o assunto, Luiz Guilherme Marinoni e outros destaca:

Aqui assume relevância a noção de um mínimo existencial, ou seja, o Estado tem a obrigação de assegurar a todos as condições materiais mínimas para uma vida com dignidade, aspecto que também diz respeito às relações entre o direito à vida e a dignidade da pessoa humana (mas também aos direitos sociais, dentre os quais o já referido direito à saúde), além de implicar obrigações positivas para o Estado relacionadas com a vida humana (...) (MARINONI e outros, 2019, p. 518)

Além disso, realça-se que a principiologia aqui envolta também encontra guarida nos Tribunais, mesmo porque é assente na jurisprudência brasileira precedentes imersos no ideário do neoconstitucionalismo que ampliam as políticas públicas ligadas à saúde. Todavia, oportuno mencionar a existência de alguns balizadores adotados pela jurisprudência na tentativa de equalizar a tutela jurisdicional, aliada aos princípios protetivos, com os limites orçamentários:

Comprovação da imprescindibilidade;  
adequação e necessidade;  
impossibilidade de substituição do fármaco;  
incapacidade financeira do enfermo e dos membros da família solidária (TEMA 06, STF)

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;  
Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito;  
Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (STJ, REsp 1657156)

Com efeito, observa-se que, enquanto a reserva do possível é um dos maiores argumentos para restringir as tutelas jurisdicionais relacionadas à saúde, o mínimo existencial e vida digna alçam voo como um dos grandes trunfos na sua defesa.

Doravante, cumpre esclarecer que o direito à vida vai muito além de uma omissão do Estado em não permitir a retirada da vida humana, mas sim, refere-se à uma ação positiva em garantir a vida de forma digna.

Pois bem, nesse sentido, vida digna abrange fornecer à população o básico a fim de que seja promovida a sua dignidade, abarcando trabalho, lazer, educação, alimentação, transporte e saúde, por exemplo. Logo, não se trata de somente “existir”, mas de haver condições mínimas para o bom desenvolvimento humano.

### **3 TRATAMENTOS PALIATIVOS E NOVOS DESAFIOS**

Os tratamentos paliativos, conforme portal do Ministério da Saúde, compreendem os cuidados ativos e integrais aos pacientes portadores de doenças graves, progressivas e que ameaçam a vida humana.

Logo, pode-se abstrair como princípios dos tratamentos paliativos, nos moldes estabelecidos no portal da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, trabalhados sob a ótica de viver da melhor forma possível, melhorar a qualidade de vida, afirmar a vida e o fato de que a morte é um processo natural, não acelerar e adiar a morte, viver a vida de forma ativa até a morte, proporcionar atuação multiprofissional quanto as necessidades dos pacientes e familiares; pontos a serem iniciados o mais rápido possível.

Porém, em muitos casos, tratamentos paliativos para doenças progressivas e sem cura possuem um valor bastante considerável, sendo que, propiciá-los aos pacientes acaba por retirar recursos públicos de outras áreas e cidadãos. É nessa vertente que se encontram os empasses entre garantir o acesso a saúde ao particular e a coletividade.

#### **3.1 Tratamentos de alto custo: os percalços do acesso à saúde ao particular e a coletividade**

Na ceara dos tratamentos de alto custo, tratar-se-á neste estudo quanto a Atrofia Muscular Espinhal – AME, doença genética de herança autossômica recessiva, na qual há uma ausência ou deficiência do gene SMN1 responsável por produzir a proteína SMN causando, assim, a morte dos neurônios motores que controlam as atividades musculares essenciais – andar, falar, engolir e respirar. Para tanto, destaca-se a explicação trazida pelo sítio eletrônico do Hospital Moinhos de Ventos:

A AME, especificamente, é uma doença hereditária, que afeta o sistema nervoso central, o sistema nervoso periférico e o movimento muscular voluntário (músculo esquelético). O termo atrofia, é usado para nomear a diminuição dos músculos, o que acontece quando não são estimulados pelas células nervosas. Por iniciar nos músculos, é uma doença muscular. Já o espinhal, no final do nome, se deve ao fato de que a maioria das células nervosas que controlam os músculos estão localizadas na medula espinhal.

A doença é provocada por uma perda ou defeito no gene SMN1, que resulta na diminuição de proteína SMN. Os baixos níveis causam a deterioração dos neurônios motores inferiores, produzindo fraqueza e desgaste muscular. Por isso, normalmente, os sinais são: fraqueza muscular progressiva e atrofia muscular grave. Esse quadro costuma ser pior nos músculos próximos ao centro do corpo, como tronco, coxa e braço.

Ademais a AME é classificada em 04 (quatro) tipos, sendo eles: AME tipo I: manifesta-se precocemente, em geral até os seis meses de idade; AME tipo II: nos primeiros anos de vida; AME tipo III: durante a infância e AME tipo IV: na adolescência ou na idade adulta.

Logo, para que o tratamento para a Atrofia Muscular Espinhal seja eficaz é necessário que seja iniciado precocemente.

Segundos dados de outubro de 2020 do Instituto Nacional de Atrofia Muscular Espinhal os medicamentos para tratamento da AME aprovados pela Anvisa, tratam-se das drogas *Spinraza – Nusinersena (Biogen)* – incorporada e distribuída pelo SUS – e *Evrysdi (Risdiplam)*, contudo, os preços atualizados em 03/2021 – CMED, variam de acordo com o ICMS de cada estado brasileiro, quanto ao primeiro de R\$319878,46 a R\$412448,41; em relação ao segundo o preço de fábrica não poderá exceder o importe de R\$42.066,21. Outra droga aprovada trata-se da *Zolgensma*, sendo que a empresa química responsável, *Novartis*, afirmou em 03/2021 que “a decisão da CMED quanto ao preço, potencialmente inviabiliza a comercialização de *Zolgensma*® no Brasil, tendo em vista custos de pesquisa e desenvolvimento, produção, logística e distribuição”.

Assim sendo, verifica-se que os tratamentos disponibilizados possuem um valor altíssimo, entrando, dessa forma, em discussão o ponto do controle orçamentário e o bloqueio à tutela jurisdicional (*vide* 2.2). O Tribunal de Justiça de São Paulo, entende:

Fornecimento de medicamento para tratamento individual – Autor portador de Atrofia Muscular Espinhal - Dever de fornecimento pelo Estado, em face do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal – Preenchidos os requisitos definidos no Tema 106 (REsp 1.657.156/RJ) – Relatórios médicos que evidenciam a necessidade e imprescindibilidade do fármaco em específico - Comprovação de hipossuficiência econômica e registro do medicamento na Anvisa (...) (TJSP; Apelação / Remessa Necessária 1001971-73.2020.8.26.0625; Relator (a): Ponte Neto; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Público; Foro de Taubaté - Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 18/02/2021; Data de Registro: 18/02/2021) (grifo nosso)

Na mesma linha, estabelece o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

(...) Alegações de questões principiológicas, sejam referentes à universalidade ou igualdade de acesso à saúde, ou aquelas meramente econômicas, não se sobrepõem à necessidade de garantir o direito fundamental ameaçado, justificando o julgamento de procedência da ação. (...) A alegação de alto custo do tratamento não serve de escopo ao afastamento da responsabilidade do ente estadual no fornecimento. (...) (Apelação Cível, Nº 70083961318, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Laura Louzada Jaccottet, Julgado em: 06-05-2020) (grifo nosso)

Pelo exposto, muito embora o tratamento paliativo para Atrofia Muscular Espinhal tenha um custo oneroso ao Poder Público em relação a um único particular, frisa-se que a saúde é o maior bem resguardado. Assim, é dever, e não escolha, dos entes federais, de forma solidária, proporcionar o tratamento necessário, não podendo tentar se esquivar de fornecer o acesso à saúde sob o subterfúgio de que o recurso terapêutico exige grande dispêndio econômico.

Ora, seria uma aberração exigir, para a promoção da saúde, que o tratamento fosse de valor “mais acessível” a fim de que o orçamento financeiro reservado ao tema pudesse alcançar a toda população. Deveras, parece lamentável a alegação de que o tratamento não é fornecido, em alguns casos, pelo alto custo. A bem da verdade, é que essa ardileza acaba por atribuir um preço em moeda econômica à vida humana, o maior bem tutelado, no qual é impossível auferir valia. Sendo, portanto, uma lástima vergonhosa.

Nesse diapasão, diante desse impasse é que se mostra necessária a utilização de medidas coercitivas, através do Judiciário brasileiro para se ter a efetivação do acesso à saúde.

### **3.2 Medidas coercitivas para a efetivação do acesso à saúde**

O direito social à saúde é um mandamento de otimização. Assim, dentro desse cenário dois princípios entram em ação, o mínimo existencial e a reserva do possível (*vide* 2.2 e 2.3). Para tanto, compreende-se que, o Estado deve tutelar a saúde através de políticas públicas, dentro dos moldes orçamentários estatais. (NUNES JÚNIOR, 2019, p. 1269)

Logo, diante da crise econômica enfrentada pelo país (agravada pela Covid-19 – *vide* 3.3), o Estado não consegue viabilizar o necessário para a garantia do acesso à saúde, motivo pelo qual o particular acaba buscando o auxílio do Judiciário, ocasião em que, algumas medidas coercitivas podem ser deferidas, cita-se: astreinte e sequestro de valores.

Nesse sentido, interessante citar os temas n. 289 do Supremo Tribunal Federal, que permite o “bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos”, bem como o de n. 98 do Superior Tribunal de Justiça, que vislumbra a “possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros”.

Com efeito, há que se falar do tema n. 106 do Superior Tribunal de Justiça, o qual estabelece requisitos cumulativos para que haja a obrigatoriedade em fornecer o medicamento não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde, quais sejam:

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 moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito e iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. (STJ, Tema 106)

Dentro dessa linha, tem-se a jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo:

Assistência à saúde. Amiotrofia Espinhal Progressiva, AME, Tipo III. Medicamento Spinraza (Nusinersen), de alto custo, já disponibilizado pelo SUS para o Tipo I da doença, mas com eficácia reconhecida também para os Tipos II e III. Sem alternativa terapêutica de menor custo para conter a progressão da grave doença neurológica, de caráter degenerativo. Incumbência do Poder Público. Direito de todos, dever do Estado. Constituição Federal, artigo 196. Atendidas as exigências de Superior Tribunal de Justiça, Tema 106. Supremo Tribunal Federal, Tema 793. (...)  
(TJSP; Apelação Cível 1008710-03.2018.8.26.0053; Relator (a): Edson Ferreira; Órgão Julgador: 12ª Câmara de Direito Público; Foro Central - Fazenda Pública/Acidentes - 15ª Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 28/11/2020; Data de Registro: 28/11/2020) (grifo nosso)

Prosseguindo, aquele Tribunal ensina que, nos casos em que o ente responsável por fornecer o medicamento, ainda que de alto custo, como no caso do *Spinraza*, há a possibilidade de sequestro de verbas públicas para que o direito à saúde seja concretizado. Veja-se:

É admitido o bloqueio de verbas públicas para compelir o Poder Público a cumprir ordem judicial que concede medicamento ou tratamento de saúde. (...)  
(TJSP; Agravo de Instrumento 3000924-62.2020.8.26.0000; Relator (a): Alves Braga Junior; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Público; Foro de Matão - 2ª. Vara Judicial; Data do Julgamento: 23/07/2020; Data de Registro: 23/07/2020) (grifo nosso)

O sequestro de verbas públicas é possível no caso de descumprimento de determinações judiciais, mormente em se tratando de direito à saúde, cuja relevância e magnitude do bem jurídico tutelado não pode ficar à mercê da boa vontade do Poder Público, merecendo, destarte, medidas adequadas e condizentes com a gravidade da situação – Precedentes do C. STJ e desta C. Corte – (...)  
(TJSP; Agravo de Instrumento 2060140-05.2019.8.26.0000; Relator (a): Carlos von Adamek; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Público; Foro de Itatiba - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/07/2019; Data de Registro: 03/07/2019) (grifo nosso)

Pelo exposto, resta cristalina a responsabilidade solidária dos entes federais no fornecimento de medicamentos, sendo possível, no caso de negativa por parte do Estado, a busca da tutela jurisdicional, restando assegurada, inclusive, a possibilidade de sequestro e astreinte (multa) em caso de descumprimento.

### 3.3 Novos desafios em relação ao atual cenário epidemiológico

Como se não bastasse a já conhecida complexidade dos temas relacionados ao direito à saúde o assunto ganha maiores proporções quando atualizado frente ao novo cenário caótico oriundo da pandemia do Coronavírus.

Na órbita legislativa, despontam novas leis, a exemplo da Lei Federal n. 13.979/20 que prevê às pessoas infectadas o direito ao tratamento gratuito (Lei n. 13.979/20, art. 3º, §2º, II) onerando ainda mais os já arruinados recursos destinados à saúde.

A esse turno, segundo informações do Portal da Transparência foram investidos até 03/2021 aproximadamente R\$416,71 bilhões no combate da pandemia do Coronavírus. O malabarismo com as contas públicas encontra-se num nível extremamente dificultoso já que todo esse montante de valores inevitavelmente implica na realocação de recursos e adoção de prioridades.

No mesmo norte, o Poder Executivo editou o Decreto n. 10.595/21 que reabriu em favor do Ministério da Saúde, crédito extraordinário, no valor de R\$ 19.911.094.462,00, aberto pela Medida Provisória n. 1.015, de 17 de dezembro de 2020.

Vale notar ainda a abordagem jurisprudencial face aos novos percalços enfrentados, a qual tem se valido de argumentos que se fundamentam na absoluta escassez de recursos humanos, financeiros e de insumos. Veja-se:

A carência notória de leito de UTI para atender a crescente demanda de pessoas contaminadas com o vírus da COVID19 não apenas no Estado do Ceará como no mundo, afigurando-se materialmente impossível garantir-se a disponibilização, para todos, de uma vaga em unidade de terapia intensiva. (AI 08059273420204050000, TRF 5 - 4ª TURMA, Data de julgamento: 06/10/2020) (grifo nosso)

Não é possível afastar tal obrigação sob o fundamento de reserva do possível, pois não restou demonstrada a absoluta impossibilidade de seu atendimento. Primeiro, porque, tratando-se de política pública aprovada e suficientemente densificada pelos Poderes competentes, deve ela ser cumprida, valendo-se o Poder Público de todos os meios econômicos e financeiros disponíveis para efetivá-las (ex.: remanejamento de recursos, alienação de bens públicos, aumento da arrecadação, redução dos gastos públicos em áreas menos prioritárias etc.). Segundo, porque, ainda que não existam vagas, poderá a União adotar medidas para criá-las e/ou se valer de contratação temporária dos profissionais em questão, valendo-se das normas previstas na legislação de regência. (Reclamação 5008081-63.2021.4.04.0000, TRF4 – 4ª Turma, Relator RICARDO TEIXEIRA DO VALLE PEREIRA, juntado aos autos em 26/02/2021) (grifo nosso)

Com efeito, responder àquelas necessidades já existentes concomitantemente às novas demandas relacionadas à Covid-19 tem se tornado sem sombra de dúvidas um grande desafio, repaginando a velha justificativa da reserva do possível frente às necessidades em larga escala quanto aos tratamentos relacionados ao vírus epidemiológico e inafastável necessidade de proteção ao mínimo existencial e à vida digna.

## **CONCLUSÃO**

O direito social à saúde é constitucionalmente tutelado a fim de que seja garantida a toda população brasileira uma vida digna em atendimento ao mínimo existencial, sendo assegurado, de forma solidária, pelos entes estatais o acesso aos tratamentos e medicamentos necessários.

Desse modo, demonstrou-se que, não poderão os entes federais esquivar-se de suas responsabilidades, emanadas pela norma mãe, ao argumento do alto custo. Mesmo, porque, observou-se que a diretriz do Sistema Único de Saúde é informada pela gratuidade e universalidade de atendimento aos que dele necessitarem.

Conforme estudo realizado verificou-se que os três poderes possuem atribuições ligadas à efetivação do direito à saúde, incumbindo ao Poder Judiciário à atuação complementar quando da omissão legislativa, ou mesmo, quando da negativa administrativa.

Embora, não raras vezes, seja possível encontrar precedentes que no escorço argumentativo direcionam o cumprimento de políticas públicas atendendo ora o interesse da maioria ora o interesse individual.

Assim, é cediço que nem sempre o cidadão receberá do Poder Judiciário uma resposta afirmativa às suas necessidades no que concerne ao direito à saúde, o que não pode ser admitido, sob de violação à Constituição da República.

Contudo, constatou-se também que, se desde sempre já se podia vislumbrar a insuficiência de recursos para o atendimento às necessidades ligadas à saúde agora mais do que nunca: recursos humanos e financeiros à beira do colapso na incessante luta contra a Covid-19.

Pois bem, por tudo o que já foi dito, bem como tomando-se por base até mesmo o conhecimento comum acerca do atual cenário enfrentado pelo sistema de saúde é clarividente que as dificuldades já enfrentadas alcançaram proporções talvez jamais vistas: argumentos cedem espaço ao terror enfrentado nos hospitais.

Ante o exposto, a grande celeuma está em atender às novas demandas sem deixar de olhar para àquelas já existentes, especialmente no que diz respeito às doenças raras e/ou raríssimas cujo tratamento incute grande dispêndio de recursos públicos – um caminho longo de incertezas que precisa ser percorrido, eis que, não há possibilidade de escusar-se de fornecer os tratamentos paliativos e de alto custo àqueles que deles necessitam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AME. **Instituto Nacional de Atrofia Muscular Espinhal**. Disponível em: <<https://iname.org.br/tratamentos-da-ame/visao-geral/>>. Acesso em Mar. 2021.

ATUALIZAÇÕES sobre o preço de Zolgensma. **Novartis**. Disponível em: <<https://www.novartis.com.br/news/atualizacao-sobre-o-preco-de-zolgensma>>. Acesso em Mar. 2021.

**BLOG SAÚDE E VOCÊ. Saiba o que é AME, as formas de diagnóstico e tratamento de doença.** Disponível em:

<<https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/blogsaudeevoce/saiba-o-que-e-ame-as-formas-de-diagnostico-e-tratamento-da-doenca>>. Acesso em Set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf>>. Acesso em Abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1934.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm)>. Acesso em Fev. 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em Nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 10.595 de 2021.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10595.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Decreto/D10595.htm)>. Acesso em Mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **Estado social contra a barbárie.** Jorge Abrahão de Castro, Marcio Pochmann (organizadores). São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Brasil%3DEstado-social-contra-a-barbarie.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Brasil%3DEstado-social-contra-a-barbarie.pdf)>. Acesso em Jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.979 de 2020.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm)>. Acesso em Mar. 2021.

CNJ, Sumário executivo – Justiça pesquisa – **Judicialização da Saúde no Brasil:** Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acesso em Abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **CUIDADOS Paliativos. Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde, 2018.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em Mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia.** Disponível em: <<https://www.abrale.org.br/informacoes/cuidados-paliativos/>>. Acesso em Mar. 2021.

HISTÓRIA do Sistema Único de saúde. **Secretaria de Estado de Saúde, 2015.** Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/00\\_2015-maio-junho/30-06\\_historia-do-sus.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/00_2015-maio-junho/30-06_historia-do-sus.pdf)>. Acesso em Mar. 2021.

MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de direito constitucional.** 8 ed. São Paulo: Saraiva, 2019. Disponível em: <<https://forumturbo.org/direito-constitucional/livros/#post-6382>>. Acesso em Abr. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: < [https://jornalistaslivres.org/wp-content/uploads/2017/02/DIREITO\\_CONSTITUCIONAL-1.pdf](https://jornalistaslivres.org/wp-content/uploads/2017/02/DIREITO_CONSTITUCIONAL-1.pdf) >. Acesso em Abr. 2021.

NUNES JÚNIOR, Flávio Martins Alves. **Curso de direito constitucional**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2019. Acesso em: < <https://forumturbo.org/direito-constitucional/livros/#post-6382> >. Acesso em Abr. 2021.

OLIVEIRA, Rafael Thomaz de; TASSINARI, Clarissa. **Judicialização da política e ativismo judicial: notas para uma necessária diferenciação**. In: Antônio Pereira Gaio Júnior; Márcio Gil Tostes dos Santos. (Org.). Constituição Brasileira de 1988: Reflexões em Comemoração ao seu 25.º Aniversário. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2014.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>> Acesso em abr. 2021.

REPETITIVOS e IACs. **Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em: <[https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=106&cod\\_tema\\_final=106](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106) >. Acesso em Mar. 2021.

SGARBOSSA, Luís Fernando. DO ESTADO-PROVIDÊNCIA AO MERCADO-PROVIDÊNCIA: **Direitos sob a “reserva do possível” em tempos de globalização neoliberal**. Curitiba. 2009. 250 p. Dissertação de mestrado (Direito – Universidade Federal do Paraná). Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/18011/DISSERTACAO%20SGARBOSSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em Mar. 2021.

SUS. **Secretaria de Estado de Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em Mar. 2021.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 10 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. Disponível: <<http://noosfero.ucsul.br/articles/0010/3240/tavares-andr-ramos-curso-de-direito-constitucional.pdf>>. Acesso em Abr. 2021.