



A COMPETÊNCIA NAS DEMANDAS DE SAÚDE: GESTÃO JUDICIAL E PROCESSUAL

Antônio César Bochenek¹

Resumo:

O presente artigo pretende esmiuçar as leis e as decisões jurisprudenciais que definem a competência para o processamento e julgamento das demandas judiciais com pedidos de prestação de assistência à saúde. A insuficiência de posições claras e precisas acarreta inúmeras interpretações, insegurança e imprevisibilidade, além de enormes desperdícios e prejuízos à efetividade da jurisdição. A pesquisa foi realizada em documentos doutrinários, normativos e jurisprudenciais, com a análise global e sistêmica, da interação entre as atribuições e responsabilidades das esferas judiciais e administrativas. O texto oferece pistas para a melhor e efetiva prestação jurisdicional da saúde.

Palavras-chave: competência, saúde, gestão judicial, gestão processual, Tema 793 do STF.

COMPETENCE IN HEALTH DEMANDS: JUDICIAL AND PROCEDURAL MANAGEMENT

Abstract:

This article intends to scrutinize the laws and jurisprudential decisions that define the competence to process legal demands with requests for the provision of health care. The lack of clear and precise positions leads to numerous interpretations, insecurity and unpredictability, in addition to enormous waste and damage to the effectiveness of the jurisdiction. The research was carried out in doctrinal, normative and jurisprudential documents, with a global and systemic analysis, of the interaction between the attributions and responsibilities of the judicial and administrative spheres. The text offers clues to the best and effective jurisdictional provision of health.

Keywords: competence, health, judicial management, procedural management, Theme 793 of the STF.

INTRODUÇÃO

O aumento exponencial da judicialização dos pedidos de medicamentos e procedimentos da área da saúde desperta o interesse da comunidade jurídica. Os requerimentos são infinitos e os recursos finitos. Para ingressar com uma demanda é necessário definir o juízo competente, por meio das normas e, na insuficiência delas, pelas decisões judiciais. Contudo, ainda não estão pacificadas as interpretações possíveis, com falta de segurança e previsibilidade e prejuízos para os envolvidos. O da competência nem sempre

¹ Departamento de Processo da UEPG



desperta o interesse dos operadores do direito, contudo é essencial identificá-la desde o início de qualquer conflito de interesse, pois direciona o caminho trilhado pelo processo até o final, sob pena de nulidades e prejuízos. Neste debate, é instigante o debate sobre a competência da Justiça Federal ou Estadual para o ajuizamento, processamento e julgamento das demandas da área da saúde (medicamentos, materiais, tratamentos, procedimentos, internações), potencializada pelos efeitos da pandemia Covid-19.

No meio jurídico, foi publicado o enunciado do Tema 793, do Supremo Tribunal Federal, com aportes teóricos e doutrinários, que repercutem na determinação do órgão competente para apreciar as demandas de saúde e revelam caminhos, mas não suficientes, para minimizar os debates e principalmente para definir com precisão, segurança, e previsibilidade os órgãos competentes para julgar os processos de saúde. Persistem no judiciário federal e estadual os debates a respeito dos contornos da decisão do STF, com interpretações diferenciadas pelos juízes e desembargadores quanto à presença ou não da União nas demandas e a extensão do entendimento a respeito da solidariedade instituída constitucionalmente para a prestação de assistência à saúde. A consequência direta é a definição da competência da Justiça Federal ou da Justiça Estadual nas ações de saúde, principalmente para evitar instabilidades e conflitos processuais em relação à quem deve processar e julgar, bem como para restringir e reduzir sensíveis prejuízos com a repetição, duplicação, proliferação, recorrência das demandas de saúde, além dos custos e demora na apreciação.

Em que pese o esforço da evolução da jurisprudência dos Tribunais, em especial, do Supremo Tribunal Federal, as premissas fixadas não são exaustivas e é de fundamental relevância a continuidade do debate jurisprudencial, doutrinário e acadêmico, com o objetivo de oferecer substratos para contribuir ainda mais na construção de teses para a melhor efetividade dos instrumentos processuais, gestão organizacional e da prestação jurisdicional, no presente caso, especialmente quanto aos contornos da competência. É preciso ressaltar que nos votos do julgamento do Tema 793, do STF, não houve menção direta tampouco debate entre os ministros quanto às regras processuais de competência, mas sim de elementos das demandas de saúde que influenciam na definição das regras de competência, litisconsórcio, chamamento ao processo, especialmente em relação à regras constitucionais de competências administrativas e solidariedade, ou seja, o enfoque da decisão esteve nos pontos de direito material, substancial e não processual. Da mesma forma, os textos doutrinários subsequentes



privilegiaram aspectos materiais e não houve, até o momento, uma atenção maior para os aspectos processuais, como amplamente utilizado e empregado nas decisões judiciais.

Por outro lado e sobretudo para que o Judiciário possa atender da melhor forma e mais rápido o número crescente de demandas na área de saúde, é de fundamental relevância apontar linhas para a segurança e a previsibilidade, tanto dos advogados como para os juízes, em relação a definições precisas de competência para que os processos não fiquem tramitando entre às justiças federal e estadual, com notórios prejuízos e desgastes, e assim assegurar a melhor gestão administrativa dos recursos públicos e a melhor gestão processual das demandas judiciais.

Neste sentido, o artigo tem por objetivo destacar as noções gerais de competência dos órgãos do Poder Judiciário com enfoque nas demandas de saúde; relacionar os pontos fixados na jurisprudência que comportam discussões mínimas, entre eles os sedimentados na definição da competência das demandas de saúde; os pontos ainda em aberto, após o julgamento do Tema 793 do STF, e as decisões posteriores dos juízes e juízas federais e estaduais; propor a comunidade jurídica ensaios a respeito da gestão da competência no âmbito judicial e da competência com enfoque na gestão administrativa para as demandas de saúde.

O presente ensaio não pretende ser exaustivo, mas após analisar as variadas perspectivas e aspectos a respeito da competência processual para as demandas de saúde, no meio acadêmico e jurisprudencial, o objetivo é contribuir para o avanço no debate dos temas e a harmonização dos preceitos para a segurança e previsibilidade das normas de competência e melhor eficiência da prestação jurisdicional.

2 Noções de competência com enfoque nas demandas de saúde

O tema da jurisdição e competência é um dos mais complexos no processo civil, em especial no ordenamento jurídico brasileiro, principalmente pelo gigantismo do judiciário nacional e divisões de atribuições entre órgãos integrantes da federação (BOCHENEK; DALAZOANA, 2017). No curso de direito, na disciplina de processo civil, os estudantes e os professores não têm muito gosto pelo tema em face da complexidade e da abstração, insuficientes para compreensão de muitos casos, inclusive dos profissionais e operadores do direito. O objetivo deste capítulo é desmistificar e concretizar premissas elementares da

competência, em especial, para as demandas de saúde, sobretudo para a reflexão dos legisladores e dos operadores do direito no sentido de sensibilizá-los para produção de novos atos normativos mais modernos e coerentes com as perspectivas das sociedades contemporâneas (BOCHENEK, 2013).

A competência de um órgão jurisdicional nada mais é do que a divisão do trabalho dos juízes e juízas, que detém a chamada jurisdição, ou seja, poder e dever de dizer o direito em relação às demandas que são submetidas para apreciação e julgamento. Como não é possível um juiz decidir todas as demandas, dentro da organização e administração estatal, legalmente destinada aos Tribunais, é preciso otimizar os trabalhos e dividir os processos entre tantos quantos juízes forem necessários. Sempre é relevante observar que no exemplo brasileiro há cinco “Justiças” estabelecidas historicamente e constitucionalmente: eleitoral, militar, trabalhista, federal e estadual. Dentro deste arcabouço de regras a primeira premissa a ser observada, por qualquer operador do sistema de justiça, é definir o ramo da justiça competente para uma demanda.

Para tanto, é preciso observar as regras constitucionais e legais que definem a competência (divisão de jurisdição entre os juízes), e num segundo momento as normas dos Tribunais (especialização em unidades jurisdicionais ou varas, regionalização de demandas). Uma segunda premissa de grande relevância: cada juiz ou juíza detém competência para a análise se é ou não competente e responsável para processar e julgar uma demanda.

É preciso avançar para verificar como as regras e as normas de competência são elaboradas. A prática judiciária, o volume e a intensidade das demandas, a complexidade dos casos, são relevantes fundamentos administrativos a serem observados para a organização da divisão e otimização dos trabalhos nas unidades judiciárias. Contudo, é necessário compreender que estes aspectos estão no campo da gestão judicial (organização e administração da justiça) e aqui para nosso estudo é importante a perspectiva da melhor e efetiva prestação jurisdicional. Neste aspecto, após analisar as leis que estabelecem as regras gerais de competência para os órgãos jurisdicionais é possível revelar uma terceira premissa: as normas de competência são elaboradas com os elementos do processo, por exemplo, matéria (fatos, fundamentos e pedidos), valor da causa (conteúdo econômico pretendido), território (espaço), pessoa (parte processual), função (hierarquia do órgão julgador).

Parece simples, mas aqui há um ponto dissonante, principalmente entre a teoria e a prática, entre a riqueza dos casos concretos e a abstração do texto legal. É a quarta premissa,



mais complexa e intensa que torna o estudo do tema necessário e urgente: a legislação e os atos normativos dos Tribunais não são suficientes para resolver todos os casos possíveis ou existentes relacionados à divisão de trabalho entre os juízes. Neste sentido, é inevitável que os juízes, num primeiro momento, e os Tribunais, num segundo, fixem posicionamentos e entendimentos, por meio da interpretação aplicada nas suas decisões, para explicitar, regular, organizar a divisão de trabalho entre os juízes.

Cientes deste processo e metodologia que envolve a elaboração até a aplicabilidade das regras de competência, mas principalmente pelos infundáveis debates acadêmicos, jurídicos, doutrinários, posteriormente decididos pelo judiciário, parece razoável e adequado, principalmente em termos de gestão judicial e processual que os operadores do direito e os legisladores, antecipem os pontos mais sensíveis e promovam medidas para adequação das competências, em especial, na área de saúde. A gestão judicial e processual, quinta e relevante premissa objeto de análise do presente artigo tem por objetivo evitar que os debates sejam em torno de regras processuais de competência e todos os possíveis prejuízos que esta indefinição pode acarretar como a perda de energia e de recursos materiais, humanos e financeiros, seja do judiciário como dos demais entes administrativos e também dos particulares que são partes nas demandas de saúde. Os prejuízos podem decorrer de decisões contraditórias, alargamento do trâmite do processo, inefetividade da prestação jurisdicional, retrabalho ou perda de trabalho, tempo e recursos.

Neste sentido, cientes das ausências e carências em face de normas efetivas para a competência das demandas de saúde, o presente ensaio tem por objetivo apresentar as principais arestas do debate para propor pistas e dicas a respeito de possíveis entendimentos e soluções, com o objetivo de contribuir ao debate da melhor e adequada gestão da competência nas demandas de saúde.

3 A definição da competência por meio da análise de elementos do processo

Após fixar as cinco principais premissas em relação à competência, com enfoque nas demandas de saúde, penso que é relevante apontar alguns aspectos dos elementos do processo escolhidos pelo legislador na elaboração das leis e, na sua ausência, pelos tribunais, na interpretação dos parâmetros legais para a fixação da competência. Uma breve nota a respeito da impossibilidade de apresentar soluções válidas universalmente (CINTRA; GRINOVER;

DINAMARCO, 2015, p. 269), porque cada ordenamento jurídico considera dados e elementos que chamam a atenção e não há uniformidade nem no tempo nem no espaço. Todavia, existem elementos comuns e com relevância variável utilizados pelas partes para a definição das regras de competência.

Na Constituição e leis ordinárias é possível observar os principais elementos destacados do processo e utilizados para a definição de regras de competência: espaço geográfico do local do ato ou fato (competência territorial), fatos, fundamentos e pedidos (competência material), valor dado à causa, ou seja, o conteúdo econômico pretendido com a demanda (competência em razão do valor), a pessoa física ou jurídica que integra a demanda como parte da relação processual ou na condição de intervenção de terceiros (competência em razão da pessoa), a posição do órgão julgador (competência funcional). Para além das regras gerais, os tribunais na organização dos trabalhos podem especializar, agrupar ou regionalizar unidades jurisdicionais.

A aplicabilidade de diversos destes preceitos nas demandas de saúde, para a definição de competência, não comporta maiores celeumas. Assim, nas ações com pedidos de medicamentos e procedimentos a competência funcional é do juiz de primeira instância. A competência territorial, em regra, é verificada pelo domicílio do autor da demanda. A competência em razão do valor da causa (artigo 292, do CPC - conteúdo econômico pretendido, em regra, o valor dos medicamentos ou procedimentos requeridos, ou ainda, se é o caso de prestações de trato sucessivo, até o valor de 12 parcelas mensais), a depender da quantificação, determina a competência dos juzizados especiais ou da vara ordinária.

Todavia, em relação às pessoas (entes da federação que são parte passiva na demanda) que podem figurar nos processos aparecem alguns pontos de intensos debates, em especial, devido a decisão do STF que reconhece a responsabilidade solidária dos entes da federação na prestação dos serviços de saúde, com amparo nos preceitos constitucionais que define a competência da União (Justiça Federal), Estados, Distrito Federal e municípios (Justiça Estadual). O primeiro entendimento da decisão do STF é que o autor pode acionar qualquer ente federativo, com entendimento da interpretação da solidariedade de modo semelhante às regras de solidariedade de direito privado, civil, ou seja, o autor credor pode exigir de qualquer réu devedor a prestação de saúde.

Se o entendimento do STF fosse no sentido de que as demandas da área de saúde deveriam ser ajuizadas contra os entes das três esferas da federação, não haveria nenhum



problema de definição de competências, pois a União sempre estaria presente na lide e a competência seria da Justiça Federal, nos termos do artigo 109, da Constituição. Entretanto, em face dos preceitos da solidariedade, numa leitura preliminar, o STF admite que a obrigação de prestação da assistência à saúde seja dirigida contra qualquer ente da federação, ou contra alguns deles, ou em face de todos. Esta liberalidade apresenta sérias implicações formais e substanciais, as quais serão abordadas no decorrer do texto.

Neste momento, em relação aos aspectos formais e em atenção às regras de competência, os debates centrais gravitam em torno da aplicabilidade do artigo 109, I, da Constituição, que estabelece a competência da Justiça Federal para as ações ajuizadas contra a União ou ainda nas ações que a ela demonstre interesse jurídico.

Na prática, se a parte autora colocar no polo passivo a União, a demanda é da Justiça Federal. Se não constar a União, em princípio a demanda é da Justiça Estadual. Contudo, não é razoável o critério ser definido pela escolha única e exclusiva dos autores ou seus procuradores. A definição da competência compreende verificar um complexo rol de normas e preceitos da prestação de assistência à saúde, principalmente as responsabilidades individuais ou conjuntas dos entes federativos. Da pretensão resistida dele ou deles, nasce o interesse de agir e propor uma ação judicial. Nesta perspectiva, global e sistêmica, é mais adequado pensar na definição da competência, pois somente o órgão com responsabilidade e atribuição administrativa poderá cumprir integralmente a decisão judicial a ser dirigida numa das decisões de um processo judicial.

A separação dos pontos substanciais e formais, como acima sugerido, está em consonância com a teoria geral do processo mais atualizada e na perspectiva de que somente poderá arcar com ônus processuais aquele que integra a lide na medida em que ela for delimitada, ou seja, é imprescindível a vinculação entre as relações de direito material e as de direito processual para que os efeitos jurídicos das decisões sejam possíveis de serem cumpridas (BOCHENEK; DALAZOANA, 2017).

Um outro aspecto é a complexidade das relações sociais e a riqueza delas implicam diretamente na definição do órgão julgador competente. Em muitos casos parece ser simples, mas nem sempre é assim. A complexidade é um elemento do processo utilizado para definir a competência dos juizados especiais (artigo 98, da Constituição), por exemplo. O legislador estabeleceu parâmetro de 40 (quarenta) e 60 (sessenta) salários mínimos, como critério de complexidade para as demandas, respectivamente, dos juizados especiais estaduais e federais.

Logo, o legislador mesclou dois critérios com dois elementos do processo, numa aproximação deles, ou seja, a Constituição adotou o critério material (complexidade da demanda) e o legislador ordinário o critério valor da causa (proveito econômico). Em termos de produção legislativa é possível, mas não representa a melhor técnica processual e é fator determinante de vários conflitos de competência (BOCHENEK; DALAZOANA, 2017).

Assim, uma demanda simples, nada complexa quando implique na entrega de um medicamento extremamente caro e constante da lista do SUS. Neste caso, esta demanda será da competência da vara estadual ou federal. Por outro lado, um medicamento barato, não incluído na lista SUS, se considerar o elemento do processo, valor da causa, será de competência dos juizados, provavelmente exigirá perícia e elevado grau de estudo e complexidade. Na mesma linha deste exemplo, no mundo dos fatos, existem tantos outros. Para encaminhar o debate, não é simples escolher o elemento do processo em face das complexidades das relações sociais e definir as regras de competência, sem controvérsias ou vácuos normativos.

Em síntese, as regras de competência não atendem as exigências da sociedade atual, tampouco dos novos parâmetros de gestão judicial (BOCHENEK et.al., 2018) e está cada vez mais evidente que a preocupação com a eficiência na aplicação do sistema de competências tem sido objeto de debate no Brasil e fortemente observada no estrangeiro (CABRAL, 2018).

Após compreender o cenário e a insuficiência das normas para a definição da competência e as diferenças interpretativas possíveis dos tribunais, é preciso lançar notas que visem, sobretudo, simplificar e aperfeiçoar a sistemática das regras de competência, seja por meio de ajustes legislativos ou de adoção de critérios coerentes e adequados às situações fáticas de direito material, sem descurar do objeto material da demanda e dos preceitos de gestão e organização pública, como a perspectiva escolhida para o caso ora estudado.

4 O Tema 793 do STF e as normas de competência das demandas de saúde

O Supremo Tribunal Federal no julgamento do Agravo Regimental da Suspensão da Tutela Antecipada 175, em 2010, adotou a tese da solidariedade simples, com fundamento nos valores constitucionais do acesso universal (facilitação do acesso) e integral atendimento (DRESCH, 2015). A decisão está alinhada com a Constituição que estabelece no artigo 23 a competência comum dos entes federativos para cuidar da saúde e assistência pública, da



proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Também nos artigos 196 a 198 constam as atribuições e responsabilidade dos entes da federação na prestação dos serviços de saúde, sob os princípios da hierarquização e descentralização, que denotam a exigência de gestão administrativa. É uma repartição de competência horizontal, pois não há sobreposição de qualquer ente sobre os demais, que atuam de modo coordenado e paralelamente.

Por sua vez, a Lei 12.401/11 estabeleceu várias diretrizes no sentido do planejamento das ações e da gestão de cada um dos entes federais, regulamentada pelo Decreto 7.508/2011, que organiza e planeja a política de saúde do SUS e a articulação interfederativa. Bem como constam listas ações e medicamentos essenciais do sistema único de saúde.

No julgamento do Tema 793, do STF, após quase uma década, em que pese alguns votos evoluírem no estudo e implicações do tema, foi mantido o entendimento de que a responsabilidade é solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência universal e integral à saúde. O julgamento, por maioria, manteve a tese da solidariedade irrestrita, com votos dos ministros Marco Aurélio, Gilmar Mendes, Ricardo Lewandowski, Cármen Lúcia, Rosa Weber e Edson Fachin. Enquanto que os ministros Luiz Fux, Dias Toffoli, Roberto Barroso e Alexandre de Moraes defenderam a responsabilidade subsidiária. Contudo, não houve um debate aprofundado a respeito das regras de competência, gestão e organização dos serviços de saúde, inclusive algumas manifestações dos votos coincidem no conteúdo de gestão e organização, mas divergem na conclusão final da solidariedade. Posteriormente ao julgamento também há votos, por exemplo, na medida liminar cautelar de suspensão de tutela provisória 127/SP, que o ministro Dias Toffoli reconheceu a descentralização da prestação de serviços de saúde. O tema apresenta um potencial enorme para voltar a ser debatido pelo STF, especialmente sob os aspectos processuais com enfoque na gestão.

O voto do Ministro Fachin propôs uma evolução da jurisprudência do STF quanto ao entendimento a respeito da solidariedade nas demandas de prestação de assistência à saúde, para não ser tratada de forma irrestrita, mas com contornos, especialmente para racionalizar e conferir previsibilidade aos operadores do direito e observar o planejamento, gestão e execução das políticas de saúde pelos administradores.

Contudo, não houve consenso e votos suficientes para formar a maioria no sentido do voto do Ministro Fachin. Portanto, a responsabilidade solidária ainda é considerada pelo STF de forma ampla, mas a tese construída avançou no direcionamento para o ressarcimento dos valores relacionados às obrigações decorrentes das sentenças de área da saúde. Este



redirecionamento do juiz ao ente correto quanto a responsabilidade pelo financiamento da prestação de assistência à saúde, decorrente que este ente esteja presente na relação processual (MOROZOWSKI; OLIVEIRA, 2019).

A contribuição possível da análise de todo o arcabouço legal e jurisprudencial é a percepção da solidariedade restrita, com o respeito às normas legais de distribuição das atribuições e responsabilidades entre os entes da federação na prestação dos serviços de saúde (artigos 23, 196, 197 e 198 da Constituição e das leis ordinárias Lei 12.401/11). Logo, a solidariedade nas demandas de saúde estão condicionadas a atenção os comandos legais a serem observados pelos representantes e agentes administrativos do governo na realização das suas atividades, sob pena de dificultar as ações do executivo e aumentar os gastos e diminuir as eficiências dos recursos públicos, com possíveis prejuízos a gestão pública, desrespeitando os critérios constitucionais de hierarquização e descentralização. A ineficiência ou gestão deficitária também aprofunda a desigualdade no acesso, distribuição de recursos e na prestação dos elementares serviços como a saúde básica. O número de ações judiciais na área de saúde tem crescido exponencialmente e os recursos são finitos e a redistribuição deles, pela via judicial, pode acarretar a desestruturação dos serviços e das políticas públicas de saúde. Por outro lado, a racionalização e a otimização dos serviços públicos, especialmente no sistema público de saúde, tem sido construído e normatizado nos últimos anos com ganhos significativos na gestão dos recursos públicos.

Nos aspectos processuais, a considerar a solidariedade ampla nas demandas de saúde, exige o litisconsórcio passivo facultativo entre os entes federais, ou seja, a parte autora pode ingressar com a demanda de saúde contra um, alguns ou todos os entes solidários. Por outro lado, ainda no campo processual é preciso admitir o chamamento ao processo dos demais devedores solidários de prestações de saúde, consoante artigo 131 e 132 do CPC.

Um problema verificado na prática em relação a interpretação irrestrita da solidariedade (litisconsórcio passivo facultativo entre os entes da federação) é a repetição de demandas. Por exemplo, um autor pode ajuizar uma demanda contra o município na comarca da sua residência, outra ação na capital contra o Estado e ainda outra no Distrito Federal contra a União. Todos em sintonia com as regras de competência. Deste exemplo, é possível verificar que as regras de competência podem ser manipuladas pela parte autora, a depender das demais situações fáticas e conjunturais, nas quais o paciente tivesse mais chances de obter provimentos favoráveis em sentido diverso do que os valores decorrentes dos preceitos



processuais aceitáveis e justos. Esta escolha proveitosa é designada de ‘forum shopping’ pela doutrina (BRAND *et. al.*, 2007; WHYTOCK, 2012; MOROZOWSKI, 2020).

Decorre ainda do mesmo exemplo da repetição de uma mesma demanda o fenômeno que denomino de proliferação de demandas ou processos administrativos para ressarcimento dos valores desembolsados pelo ente da federação que não teria aquela obrigação nos termos das divisões de atribuições administrativas. Para além da proliferação das demandas, os encargos e ônus decorrentes de ações judiciais também existiram, como a movimentação dos agentes estatais (servidores, procuradores, juízes) e as despesas judiciais (honorários, custas processuais), inclusive nas três esferas estatais.

Os desgastes e os conflitos não são exclusivos no âmbito do judiciário. Também há diversidade de entendimentos e execução das atribuições de outros agentes estatais que prestam serviços jurídicos nos processos judiciais de saúde, como a defesa de autores a ser realizada pelas defensorias públicas da União e dos Estados, bem como das atribuições para atuar nos processos pelos integrantes do Ministério Público Federal e Estadual. Ainda é preciso citar que a atuação dos órgãos federais (DPU e MPF) é mais restrita, pois estão em menos cidades do que os órgãos estaduais. Também não são raros os conflitos de atribuições.

Ademais, é preciso falar de eventuais prejuízos estruturais (materiais, custos, tempo) para aqueles entes da federação que não estão acostumados a práticas de atos que são atribuídos a outros órgãos. Sobretudo é relevante planejar e executar as ações pactuadas. Depois, no aspecto processual da demanda judicializada é relevante a correlação com o dever da obrigação, principalmente para o melhor cumprimento das decisões judiciais e também para evitar a sobreposição ou ausência na execução das atividades administrativas determinadas nos processos.

Destaco duas situações. Primeira, é notória a menor capacidade financeira de municípios se comparada com a da União. Neste sentido, para além das responsabilidades tripartites nos direitos de saúde, os atos normativos reservam para a União as atribuições de maior complexidade e valor, enquanto que para os municípios aquelas de menor complexidade e valor. Por outro lado, não é razoável exigir, num processo judicial, um tratamento de alta complexidade ou um medicamento de alto valor, apenas do município, amparado no aspecto formal da solidariedade irrestrita. Ainda é preciso considerar os orçamentos reduzidos de pequenos municípios e uma decisão judicial concessiva pode comprometer todo o sistema de saúde ou de todas as demais políticas públicas do município.

Ainda poderia ser utilizado o fundamento de ressarcimento da União por parte do município, como expresso na decisão do STF. Contudo, nesta perspectiva é relevante anotar que a União não integrou o processo originário da obrigação de saúde e todas as decorrências e ônus processuais. Também poderia a União não ressarcir administrativamente e neste caso o município precisaria ajuizar uma demanda, agora na Justiça Federal, para cobrar os valores da União. Mais uma lide mais tempo e recursos para resolver todos os pontos decorrentes deste simples exemplo. Sob o aspecto administrativo, a União e os Estados estão acostumados a realizar as compras de medicamentos, enquanto que parcela menor recai nos municípios. A decisão, no nosso exemplo, provavelmente afetaria o sistema de compras e haveria mais gastos e custos se o medicamento pretendido não fosse comprado por quem detém as atribuições administrativas. Estes são alguns pontos entre tantos outros que acontecem na riqueza das situações fáticas e que são considerados na interpretação adequada das regras de competência e também na elaboração destes normativos, principalmente sob os aspectos de gestão e organização das atividades públicas.

Outra hipótese corriqueira é a interpretação e a aplicabilidade das regras de solidariedade do direito civil ao direito público e, em especial, para as demandas de saúde. Inicialmente, o direito público necessita de uma análise sistêmica das responsabilidades e atribuições tripartites dos entes da federação na prestação de serviços de saúde, na seara administrativa, em sintonia com eventuais responsabilizações decorrentes de processos judiciais, ou seja, quem tem interesse na demanda deve coincidir com quem tem as atribuições e responsabilidades administrativas.

Desta forma, não é possível presumir a solidariedade ampla e irrestrita como é no direito civil, mas uma solidariedade institucional, de viés público, condicionada as responsabilidades pactuadas e assumidas por cada um dos entes federais, assim definido na Constituição e atos normativos, inclusive para atender os preceitos administrativos, de gestão pública, organizações estatais, tudo no amplo espectro de realizações globais de políticas públicas, para além da saúde e vistas num contexto macro da administração pública.

Os atos normativos relacionam as diversas atribuições de cada ente federativo com tarefas a serem realizadas e às capacidades financeiras, materiais, humanas e estruturais. Neste sentido, compete à União repassar grande parte dos valores, inclusive de medicamentos de alto custo, para os demais entes estatais para a execução das políticas públicas de saúde. Aos Estados e DF compete a compra e distribuição de medicamentos de nível intermediário,



bem como a distribuição da rede de atendimentos. E os municípios têm entre as suas atribuições as políticas mais simples e de baixo custo como os programas de saúde da família (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2015).

A flexibilização do entendimento do Tema 793 está na parte final da tese aprovada que atribui ao magistrado o direcionamento do cumprimento da obrigação conforme as regras de repartição de competências. No entanto, vale lembrar que o julgando não tratou direta e expressamente de regras processuais de competência para o ajuizamento da demanda.

Neste cenário interpretativo, primeiro pelos advogados, depois, magistrados, surgiram diversas controvérsias e divergências quanto à aplicação da dos preceitos estabelecidos pelos Ministros do STF, em especial quanto à extensão dos efeitos da solidariedade, tanto no âmbito do direito material quanto no do direito processual. A jurisprudência dos Tribunais Estaduais e Federais ainda não pacificou o debate, motivo que justifica a viabilidade e urgência na elaboração das reflexões do presente artigo.

Outrossim, a falta de clareza e precisão na decisão a respeito da forma como proceder com relação à composição do polo passivo nas demandas de saúde, abriu um leque de opções interpretativas nos Tribunais quanto à aplicação do Tema 793, com reflexos diretos na definição da legitimidade passiva. Na perspectiva desenvolvida no presente trabalho, a legitimidade está intimamente ligada com as competências administrativas e financeiras estabelecidas e pactuadas dentro dos atos normativos que regem o Sistema Único de Saúde.

Portanto, duas vertentes de análise despontam para a verificação do interesse jurídico na demanda de saúde (BOCHENEK; DALAZOANA, 2017). Se for possível identificar de plano o órgão responsável por prestar a assistência à saúde pretendida pela parte ativa, o magistrado poderá com fundamento no ato normativo detectado relacionar a obrigação administrativa com a eventual pretensão resistida constatada para intimar a parte autora para se manifestar quanto a correlação administrativa - judicial, com as decorrências normativas a respeito da presença no polo passivo e a consequente confirmação da legitimidade passiva, que é um pressuposto processual, essencial para a regularidade da demanda. Mais do que isto, a presença de um ente federal (União) no polo passivo é um elemento do processo aferido para a fixação da competência em razão da pessoa (artigo 109, da CF) e está relacionada à legitimidade passiva para as demandas de saúde.

Se não for possível identificar o órgão responsável por prestar a assistência a saúde como requerida pela parte ativa, parece adequado e razoável, em razão do Tema 793 do STF,



inclusive para fins de ressarcimento e da necessidade de cooperação e colaboração processual (artigo 6º do CPC), que os entes demandados informem tempestivamente a quem cabe a atribuição administrativa de prestar e/ou financiar a pretensão de assistência à saúde judicializada. Cientes, a parte autora pode direcionar a demanda e a parte ré chamar ao processo o ou os legitimados para prestar a assistência à saúde. Logo, estas premissas estão em sintonia com o entendimento do Recurso Extraordinário 855.178/SE, ou seja, o ente legalmente obrigado ao custeio da prestação deve, necessariamente, estar no polo passivo e, prioritariamente, arcar com o custeio do tratamento ou, não o fazendo, ser condenado ao reembolso.

Para desenvolver ainda mais o tema é possível analisar se a tecnologia requerida em juízo é padronizada, ou seja, foi inserida, pactuada ou assumida para ser prestada pelo SUS, por meio de um ou todos os entes federativos.

A primeira hipótese, se o pedido (tratamento, procedimento, material, medicamento) pleiteado tiver sido incorporado pelo SUS, o direcionamento deve seguir as normas de repartição de competências pactuadas, ou seja, se houve decisão política de determinado ente para incluir um medicamento em sua lista, parece certo que o pólo passivo de uma eventual demanda deve ser ocupado por esse ente. Ademais, as regras de repartição de competência entre os gestores (Lei 12401/11, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11), atribuem a tarefa de organizar e planejar a política de saúde do SUS e a articulação interfederativa, como as listas do RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e a RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Santos, 2020).

Na segunda hipótese, se ainda não houver a padronização da política pública do SUS, prevalece o artigo 19-Q, da Lei 12.401/11 e a União deve necessariamente compor o polo passivo. O Ministério da Saúde detém competência para incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos e procedimentos, a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. Assim, recai sobre ele o dever de indicar o motivo ou as razões da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão nos termos da respectiva fundamentação. No mesmo sentido o Enunciado 78, do Comitê Executivo do Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça: "Compete à Justiça Federal julgar as demandas em que são postuladas novas tecnologias de alta complexidade ainda não incorporadas ao Sistema Único de Saúde - SUS".



A Lei 8.080/90, artigo 14-A, parágrafo único, prevê a associação dos gestores do SUS, por meio da Comissão Tripartite, que inclui os gestores nacionais, estaduais e municipais, para decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. E os artigos 19P e 19U, especificam as responsabilidades financeiras e de fornecimento definidas pelas comissões tripartites, em especial, aqueles referentes aos medicamentos arrolados na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (SANTOS, 2020a, 2020b). A interpretação da norma estabelece o dever da Comissão Tripartite indicar o motivo da não padronização do medicamento, tratamento, material ou procedimento e eventualmente iniciar o procedimento administrativo de análise de inclusão. Ainda, em face dos critérios normativos do Decreto 7.508/11, especialmente no artigo 28, a pretensão resistida do órgão administrativo deve ser comprovada pela ausência ou ineficácia da prestação administrativa e a comprovada necessidade do objeto de prestação de saúde pretendido (SANTOS, 2020a, 2020b).

Ademais, a Lei 13.655/18 promoveu alterações relevantes na Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro. Estas modificações estão em sintonia com a gestão dos recursos e políticas públicas e em consonância com a defesa da organização das atribuições e competências. No artigo 20 há a previsão que nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão.

O juiz ou a juíza ao receber a inicial, ao identificar elementos do processo quanto aos fatos, fundamentos jurídicos e pedidos, precisa identificar e avaliar o responsável pela obrigação resistida e pretendida, bem como o advogado da parte autora necessita fazer a mesma análise para endereçar a petição inicial.

Da análise da legislação são de financiamento da União, ou seja, o ente federal deve integrar o processo quando houver potencial de ser afetada pela decisão do processo judicial (artigo 109, I, da Constituição), seja por meio dos pactos realizados entre os entes da federação para a prestação de assistência à saúde, por meio da comissão tripartite, Conitec, Fundo Nacional de Saúde, entre outras atribuições do Ministério da Saúde (DRESCH; GEBRAN, 2015). Desta maneira, as demandas de saúde são da competência da Justiça Federal quando:

- a) Os medicamentos da lista dos Componentes Estratégicos da Assistência Farmacêutica (CESAF) considerados nos Programas Estratégicos do Ministério da

Saúde. O artigo 49, do Anexo XXVIII, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017 define quais os medicamentos que deverão ser inseridos nos respectivos subgrupos, I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; eb) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

b) A Portaria de Consolidação 2/17, do Ministério da Saúde, em seus arts. 35 e 36, estabelece casos de responsabilidade de custeio exclusivo da União, como os medicamentos insulina humana NPH 100 UI/ml e insulina humana regular 100 UI/ml, bem como ao Programa da Saúde da Mulher;

c) Os tratamentos oncológicos (Procedimentos de Alta Complexidade do SIA/SUS e Procedimentos de Alta Complexidade do SIH/SUS, integrantes dos Sistemas de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde, conforme a Portaria 627, de 26 de abril de 2001 (anexos I e II). Os recursos financeiros são federais, conforme disposto no § 2º, do artigo 175, transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada;

d) Fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, conforme anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;

e) Fornecimento dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos de uso Hospitalar, conforme anexo V da RENAME;

f) Na repercussão geral (RE 657.718), o STF, Relator Ministro Roberto Barroso, decidiu que nas demandas de fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, são necessariamente propostas em face da União.



5 A gestão da competência no âmbito judicial

A gestão da competência apresenta níveis e dimensões. Numa primeira etapa, a gestão da competência é definida pelo legislador constitucional e ordinário, como apresentado na primeira parte do trabalho. Na segunda etapa, mais aberta e relacionada com a gestão judicial e processual, estão as normativas da organização judiciária dos tribunais e a distribuição das unidades jurisdicionais (varas e juizados), no espaço territorial do tribunal. Na terceira fase, a gestão da competência é realizada pelo juiz do processo com a aplicação de mecanismos processuais que afetam nas regras primárias e secundárias de competência e são de extrema relevância para a gestão das competências no âmbito judicial, principalmente no tocante à flexibilização e adaptabilidade das normas das etapas anteriores.

Neste plano, após a definição das normas gerais de competência pelo legislador, as atribuições e responsabilidades para a divisão e otimização do trabalho recaem na organização dos Tribunais, na divisão territorial e material das unidades judiciárias e da força de trabalho entre os seus juízes e servidores. Neste campo, a gestão dos tribunais exerce uma influência enorme na efetividade da prestação jurisdicional. É inconteste que juízes e servidores, com competência plena, dificilmente apresentam os mesmos resultados daqueles que trabalham com algum tipo de especialização de matérias. Outro ponto de muito debate sempre presente na distribuição do trabalho por varas e cidades é a divisão mais igualitária do número de demandas (capacidade e carga de trabalho). Nas demandas de saúde, sempre que possível são recomendáveis medidas de gestão das demandas por competências, sem perder de horizonte a proximidade do judiciário com os cidadãos, principalmente no acesso à justiça.

Nos últimos anos, principalmente com a entrada em vigência do CPC de 2015, foram flexibilizadas diversos preceitos e normas de competência, com tendência para observância de preceitos de gestão processual. Entre elas é possível citar instrumentos processuais que interferem diretamente nas regras de competência, como a cooperação judiciária (artigos 67 a 69 do CPC), atos processuais concertados, a ampliação dos conceitos e hipóteses de conexão, a possibilidade de centralização de demandas e a coletivização de demandas individuais. É nítido na análise destes preceitos o avanço em melhores práticas de gestão processual que atuam diretamente na alteração das regras originárias de competência. Portanto, o legislador visou flexibilizar as regras processuais, inclusive as de competência, para obter a melhor e



mais eficiente prestação jurisdicional, em sintonia com a complexidade das relações sociais e processuais.

Ainda, outro ponto relevante para tratar no presente ensaio é a forma de ajuizamento individualizado das demandas de saúde. A complexidade e a extensão deste tema merece um estudo aprofundado e específico, mas para já é inevitável que o sistema de resolução de demandas de saúde avance para empregar as ferramentas processuais existentes como a utilização da centralização das demandas, emprego dos precedentes, a realização de atos concertados, principalmente por meio da conexão, centralização de demandas, nos termos do Código de Processo Civil. As demandas de saúde, em sua grande maioria, são coletivas e estruturantes, e requerem outra postura dos operadores de direito para o processamento mais efetivo e melhores resultados.

6 Considerações finais

As regras atuais de competência não atendem as exigências da sociedade atual, tampouco dos novos parâmetros de gestão judicial (BOCHENEK et.al., 2018) e está cada vez mais evidente que a preocupação com a eficiência e a governação, na aplicação do sistema de competências, tem sido objeto de debate no Brasil e fortemente observada no estrangeiro (CABRAL, 2018).

Em que pese o STF não ter adentrado nos temas tipicamente processuais como a competência, litisconsórcio e chamamento ao processo no julgamento do tema 793, foram abordados relevantes aspectos a respeito do redimensionamento da solidariedade, expressa principalmente na segunda parte da tese, para o redirecionamento da execução ao ente com responsabilidade pactuada com o objetivo de fazer o ressarcimento dos valores das demandas de saúde. Na primeira parte, não foi dito no voto que qualquer dos entes federativos são parte ilegítima e neste sentido, transferiu aos juízes e desembargadores a interpretação das regras de competência. A consequência direta é que o chamamento ao processo, instituto que estava sendo admitido pela jurisprudência, é obrigatório para a solução do direito regressivo, e pressupõe a ampliação do polo passivo da lide.

Na moderna teoria processual, em atenção ao devido processo legal, evoluiu para uma tendência da competência adequada (DIDIER JR.; ZANETI JR, 2014, p. 105) e adequação das formalidades processuais (CABRAL, 2018), ou seja, não é suficiente a análise genérica de



atribuições e responsabilidades, mas a competência adequada para prestar a assistência à saúde, consoante as regras de governança pactuadas e compromissos assumidos de acordo com os critérios normativos de rateio interfederativo.

Para tanto, é preciso avançar na clarificação das responsabilidades administrativas dos órgãos de prestação de assistência à saúde, com muita transparência e proatividade (SANTOS, 2020), principalmente por meio de diálogos institucionais (FOGAÇA; SOUZA NETO, 2020), exigências fundamentais da eficiência da gestão pública e da flexibilidade e adaptabilidade das regras processuais de competência.

Por fim, alguns pensam que é um desperdício de tempo compreender e estudar a respeito das normas de competência. Talvez seja possível dizer que é um tempo desperdiçado, mas os conflitos processuais e os gastos de energia e recursos, demonstram que é preciso pensar diferente. A motivação para tanto sempre foi desmistificar as complexidades decorrentes da riqueza das situações fáticas e da insuficiência de previsões abstratas normativas. Cada minuto ou linha escrita que evite conflitos e ajude a compreender as normas de competência é recompensa pelas diversas tentativas de esquematizar uma interpretação aplicável e que assegure os direitos materiais e, conseqüentemente, marquem o direito processual como um facilitador de todo o processo e não um problema em si mesmo.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Tarsila Costa do. Reflexões sobre a responsabilidade no Sistema Único de Saúde a partir da tese fixada em repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal. **Revista Jurídica ESMP-SP**, São Paulo, v. 16, 2019. p. 46-65.
- BRAGA, Paula Sarno. Competência adequada. **Revista de Processo**, São Paulo, vol. 219, mai., 2013.
- BRAND, Ronald A.; JABLONSKI, Scott. **Forum non conveniens: history, global practice, and future under. The Hague Convention on choice of court agreements**. Nova Iorque: Oxford University Press, 2007.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.
- BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS,



o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 13.655, de 25 de abril de 2018.** Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13655.htm#art1. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 627, de 26 de abril de 2001.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0627_26_04_2001.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 2, de 03 de outubro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Elenco de referência nacional do componente estratégico da assistência farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/30/Lista-medicamentos-CGAFME-02018.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.



BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada 175/CE**. Relator: Min. Gilmar Mendes, 17 de março de 2010. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Provisória 127/SP**. Relator: Min. Dias Toffoli, 02 de abril de 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5690120>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 500. Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Recurso Extraordinário 657.718/MG**. Relator: Min. Roberto Barroso, 22 de maio de 2019 Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793: Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Recurso Extraordinário 855.178/CE**. Relator: Min. Edson Fachin, 23 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BOCHENEK, Antônio César. **A interação entre tribunais e democracia por meio do acesso aos direitos e à justiça: análise de experiências dos juizados especiais federais cíveis brasileiros**. 1. ed. Brasília: Conselho da Justiça Federal, 2013. 561p.

BOCHENEK, Antônio César; DALAZOANA, Vinícius. **Competência Cível - da Justiça Federal e dos Juizados Especiais Federais**. 4. ed. Curitiba: Editora Juruá, 2017. 254p.

BOCHENEK, Antônio César; FREITAS, Valdimir Passos; COELHO, N.; LOPEZ, J. M.; MATOS, J. I.; MENDES, L. A. **Manual Luso-Brasileiro de Gestão Judicial**. 1. ed. São Paulo: Almedina, 2018. 406p.

CABRAL, Antonio do Passo. **Juiz natural e eficiência processual: flexibilização, delegação e coordenação de competências no processo civil**. 2017. Tese (Professor Titular de Direito Processual Civil) - Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

DIDIER JR., Fredie; ZANETI JR., Hermes. **Curso de direito processual civil**. 9. ed. Salvador: Jus Podivm, v. 4, 2014.





- DRESCH, Luis Renato. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte. v.12. 2015.
- DRESCH, Luis Renato; GEBRAN NETO, João Pedro. A responsabilidade solidária e subsidiária dos entes políticos nas ações e serviços de saúde. **Revista do Tribunal Regional Federal da 4ª Região**. Porto Alegre, v. 84. 2015. p. 77-103.
- FOGAÇA, Anderson Ricardo; SOUZA NETO, José Laurindo de. Ativismo Judicial do STJ e o direito à saúde. **Revista Bonijuris**. Curitiba, ed. 665. ago/set. 2020.
- MOROZOWSKI, Ana Carolina; OLIVEIRA, Luciana da Veiga. Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no SUS. **Migalhas**. 01 jul. 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/305311/da-responsabilidade-solidaria-na-assistencia-a-saude-no-sus>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- MOROZOWSKI, Ana Carolina. Tema 793 do STF: pato, coelho ou chinchila?. **Direito em comprimidos**. 2020. Disponível em: <https://direitoemcomprimidos.com.br/tema-793-pato-coelho/>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- SANTOS, Bruno Henrique Silva. Pactuação da assistência farmacêutica no SUS: decifra-me ou te devoro. **Direito em Comprimidos**. 2020a. Disponível em: <https://direitoemcomprimidos.com.br/pactuacao-medicamentos-sus/>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- SANTOS, Bruno Henrique Silva. Divisão de competências nas Ações e Serviços Públicos em Saúde no SUS: decifra-me ou te devoro – Parte II. **Direito em Comprimidos**. 2020b. Disponível em: <https://direitoemcomprimidos.com.br/pactuacao-da-assistencia-farmacutica-parte-ii/>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- FREITAS, Cristina Leitão Teixeira de. Judicialização da saúde, solidariedade e ressarcimento: destaque da posição dos Estados frente à polarização de entendimentos. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2014.
- SCHULZE, Clênio J, GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à Saúde: Análise à luz da Judicialização**. Porto Alegre: Editora Verbo, 2015.
- WHYTOCK, Christopher A. The evolving forum shopping system. Forthcoming, **Cornell Law Review**, v. 96 (2010-2011).. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1596280. Acesso em: 14 abr. 2021.