

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E
EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA
DEFENSORIA PÚBLICA DE SERGIPE: UM
INSTRUMENTO DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE.

Autor(a): Lucas Oliveira Santos

Orientador(a): Carlos Augusto Alcântara Machado

ARACAJU, SE – BRASIL

FEVEREIRO, 2022

A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA DEFENSORIA
PÚBLICA DE SERGIPE: UM INSTRUMENTO DE ACESSO AO
DIREITO À SAÚDE.

LUCAS OLIVEIRA SANTOS

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DIREITO DA UNIVERSIDADE
TIRADENTES COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A
OBTENÇÃO DO GRAU MESTRE EM
DIREITOS HUMANOS

Aprovada por:



Prof(a). Dr(a) Carlos Augusto Alcântara Machado
(Orientador)



Prof(a). Dr(a). Clara Cardoso Machado
Jaborandy
(Membro Interno da Banca)



Prof(a). Dr(a). Tanise Zago Thomasi
(Membro Externo da Banca)

ARACAJU, SE – BRASIL
FEVEREIRO, 2022

Santos, Lucas Oliveira

S237c A Câmara de Resolução de Litígios da Defensoria Pública de Sergipe: um instrumento de acesso ao direito à saúde / Lucas Oliveira Santos; orientação [de] Prof. Dr. Carlos Augusto Alcântara Machado – Aracaju: UNIT, 2022.

106 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Universidade Tiradentes, 2022
Inclui bibliografia.

1. Direitos Humanos. 2. Direito à saúde. 3. Judicialização. I. Santos, Lucas Oliveira. II. Machado, Carlos Augusto Alcântara (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 342.7(813.7)

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

Resumo

A presente dissertação analisa o trabalho realizado pela Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS) da Defensoria Pública do Estado de Sergipe como um instrumento de contribuição na efetivação do direito à saúde, visto que ao buscar uma solução administrativa para as demandas que não foram satisfeitas pela rede pública de saúde, a CRLS também evita uma eventual ação judicial, e as consequências da judicialização e do ativismo judicial, ao passo que permite que o cidadão tenha sua problemática resolvida. A argumentação foi desenvolvida a partir da hipótese de que a alta nas demandas judiciais, e as decisões ativistas podem gerar consequências nocivas ao próprio direito saúde. Para tanto, foi traçado um desenho qualitativo de pesquisa, o qual se baseou na análise de pesquisas, documentos e discussões traçadas por autores, desenvolvendo-se uma abordagem conceitual-teórica acerca do tema. Ao analisar tais fenômenos, judicialização da saúde e ativismo judicial, o trabalho considera que tais questões causam uma politização do Judiciário, desarranjo das políticas públicas, além de uma interferência temerária deste Poder no Executivo e no Legislativo. Desta forma, é primordial que se discuta qual o alcance destas consequências e se as CRLS podem, de alguma forma, minimizar tais impactos.

Palavras Chave: Direitos Humanos, Direito à Saúde, Judicialização.

Abstract

This thesis analyzes the work done by the Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS) da Defensoria Pública do Estado de Sergipe as an instrument of contribution to the enforcement of the Right to Health, since by seeking an administrative solution to the demands that have not been satisfied by the public health system, the CRLS also avoids a possible lawsuit, and the consequences of judicialization and judicial activism, while allowing citizens to have their problems solved. The argument was developed from the hypothesis that the increase in judicial demands and activist decisions can generate harmful consequences to the right to health itself. To this end, a qualitative research design was drawn, which was based on the analysis of research, documents and discussions outlined by authors, developing a conceptual-theoretical approach to the theme. By analyzing these phenomena, judicialization of health and judicial activism, this study considers that these issues cause a politicization of the Judiciary, disruption of public policies, as well as a reckless interference of this power in the Executive and Legislative branches. Thus, it is paramount to discuss the scope of these consequences and whether CRLS can somehow minimize such impacts.

Key Words: Human Rights, Right to Health, Judicialization.

LISTA DE SIGLAS

AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AGU	Advocacia-Geral da União
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
CAMEDIS	Câmara Distrital de Mediação em Saúde
CASE	Centro de Atenção à Saúde em Sergipe
CATES	Centros de Apoios Técnicos em Saúde
CF	Constituição Federal
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de incorporação de Tecnologias
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios da Saúde
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Estratégia Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NAACP	<i>National Association for the Advancement of Colored People</i>
NAT-Jus	Núcleos de Assistência Técnica aos Juízes
NUDESE	Núcleo de Direito da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD	Programa Das Nações Unidas Para O Desenvolvimento
PPV	Pesquisa Padrão de Vida
PGE-RJ	Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 O DIREITO À SAÚDE: SUA GARANTIA NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL	12
2.1 DIREITO INERENTE À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	12
2.2 O DIREITO À SAÚDE À LUZ DA FRATERNIDADE.....	22
2.3 O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO BRASILEIRO.....	35
3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTA DE EFETIVAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS	47
3.1 O ATIVISMO JUDICIAL E A JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL.....	47
3.2 A BUSCA PELO ACESSO À SAÚDE PELAS VIAS JUDICIAIS.....	60
4 A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA SAÚDE (CRLS): INSTRUMENTO DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE	76
4.1 AS CRLS E OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS: OBJETIVOS, ATUAÇÃO E RESULTADOS	76
4.2 A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA SAÚDE DE SERGIPE	85
5 CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo sustentar que a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS) da Defensoria Pública do Estado de Sergipe apresenta-se, no âmbito da respectiva unidade integrante do pacto federativo, como importante ferramenta de contribuição na efetivação do Direito à Saúde.

Neste sentido, visa verificar se ao trazer uma resolução administrativa às demandas sanitárias, efetivamente, evitam-se as consequências da judicialização da saúde e do ativismo judicial, porquanto, quando praticados em excesso, demonstram ser prejudiciais ao direito fundamental à saúde, considerando que dentre os principais efeitos destaca-se o desarranjo financeiro e logístico das políticas públicas de saúde.

No Brasil, o Direito à Saúde integra o rol dos Direitos Sociais constitucionalmente previstos na Lei Maior vigente. Desta maneira, é direito de todos, e de cada um em particular, o acesso universal, igualitário e gratuito à saúde. Para tanto, estabeleceu-se na Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), em seguida regulamentado em especial pela Lei 8080/90, atribuindo-se a responsabilidade para sua respectiva implementação e manutenção a todas as esferas político-administrativas da federação brasileira (União, Estados-membros e Municípios).

Para que se alcançasse tal disciplinamento, o Brasil tomou por base as regulamentações em âmbito internacional a respeito do assunto, adotando, inclusive, o mesmo conceito para o direito à saúde utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto, o surgimento no âmbito internacional da destacada conceituação foi resultado de diversos acordos internacionais voltados à proteção dos direitos humanos e, em particular, da dignidade da pessoa humana.

Nos anos de 1990, desponta uma série de ações judiciais nas quais se buscam insumos e tratamentos para os demandantes acometidos pela AIDS/HIV. Surgem, a partir disto, os primeiros registros, da judicialização da saúde, ações judiciais condenando o Estado a assegurar tais requisições,

baseando-se na prestação assistencial do SUS. Junto a isto, o ativismo judicial surge das lacunas dos Poderes Executivo e Legislativo, acarretando uma interferência do Judiciário nestas questões.

Como será detalhadamente abordado na presente dissertação, a judicialização e ativismo não constituem em riscos absolutos ao funcionamento da ordem dos poderes, no entanto, o crescente número de ações pode gerar sérias consequências. Dentre elas, destacam-se: risco de politização da justiça, desestabilização das políticas públicas, aumento da desigualdade em saúde e gastos desproporcionais por parte dos entes públicos.

Nesse panorama, surgem como uma das ferramentas para racionalizar as relatadas questões as Câmaras de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS) das Defensorias Públicas, e órgãos similares. Tais entidades realizam uma tarefa de resolução administrativa em seus atendimentos, filtrando o número de demandas judiciais através da autocomposição, resultando assim, em uma maior celeridade na garantia das demandas dos assistidos, à medida que reduz significativamente as consequências do excesso de judicializações na saúde.

Oferece-se, nesse passo, àqueles que buscarem seu direito aos insumos e/ou tratamentos junto ao Poder Judiciário, uma alternativa igualmente aplicável – e particularmente eficaz – à resolução do caso concreto, evitando que os pacientes recorram à via judicial com consequências que possam prejudicar o direito fundamental à saúde da sociedade como um todo.

Por objetivos secundários, o presente trabalho discorre acerca do fomento à saúde, pensando principalmente em sua relação com o mínimo existencial e a dignidade da pessoa humana, com imediatas implicações no desenvolvimento da própria sociedade.

Procurar-se-á demonstrar o princípio da fraternidade pode servir de cerne e norte para a melhoria da saúde, tanto na formulação de políticas públicas quanto na atuação de órgãos e entidades da saúde.

Além destes objetivos, a tese busca demonstrar que o descomedimento do número de judicializações e decisões de cunho ativista podem prejudicar não somente a saúde, como outras áreas da sociedade. Neste sentido, tais

demandas podem prejudicar as políticas públicas de saúde ao realocar recursos que seriam destinados à sua promoção para atender tutelas, em sua maioria, individuais. Bem como, é apontado o risco à legitimidade democrática, a politização da justiça e uma afronta ao princípio da separação dos poderes.

A metodologia utilizada ao longo do trabalho foi o método qualitativo, visto que o estudo parte de uma hipótese de trabalho, a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde de Sergipe como um instrumento de contribuição no acesso à saúde no estado, o que será testado partindo-se de uma análise do material bibliográfico, jurisprudencial, além de dados compilados na própria Defensoria Pública do Estado de Sergipe, levantados e analisados para que seja comprovada ou refutada.

2 O DIREITO À SAÚDE: SUA GARANTIA NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL

O Direito à Saúde está atualmente contido na Constituição Federal Brasileira como direito social, no entanto, até a criação da Magna Carta houve diversos fatores internacionais que influenciaram seu posicionamento. Pautada sob valores de fraternidade e igualdade, a saúde foi baseada nas normas internacionais de direitos humanos do pós-guerra e trouxe no âmbito brasileiro um Sistema único de Saúde (SUS), cuja manutenção é de responsabilidade da União, Estados e Municípios.

2.1 DIREITO INERENTE À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Segundo Piovesan (2001), os acordos internacionais de direitos humanos têm como base uma área do Direito bastante recente. O Direito Internacional dos Direitos Humanos é considerado um Direito do pós-guerra, e teve sua origem como reação às desumanidades cometidas durante a Segunda Grande Guerra. A autora elucida que em face do regime do terror, no qual se predominava uma ideia de destruição, e nesta ideia muitos grupos eram considerados descartáveis, surgiu a necessidade de reestruturar o valor dos direitos humanos, como referência ética a orientar a ordem internacional.

Portanto, surge desta maneira o Direito Internacional dos Direitos Humanos, por volta da primeira metade do século XX. Tal âmbito do direito nasce a partir da ideia de que todas as atrocidades cometidas poderiam ter sido evitadas, se houvesse alguma espécie de sistema protetivo internacional de direitos humanos (PIOVESAN, 2001).

É, inclusive neste período, que se consolida a concepção de que a defesa destes direitos não deve competir apenas ao direito nacional ou à jurisdição pátria, ou seja, para que ocorra uma efetivação desses direitos não pode apenas haver uma atuação do Estado nacional, já que todo o mundo necessita da proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2001).

Fábio Konder Comparato afirma que os Direitos Humanos surgiram em um contexto de extremos:

De um lado, logrou-se cumprir a promessa, anunciada pelos revolucionários franceses de 1789, de universalização da idéia do ser humano como sujeito de direitos anteriores e superiores a toda organização estatal. De outro lado, porém, a humanidade sofreu, com o surgimento dos Estados totalitários, de inspiração leiga ou religiosa, o mais formidável empreendimento de supressão planejada e sistemática dos direitos do homem, de toda a evolução histórica. De um lado, o Estado do Bem-Estar Social do segundo pós-guerra pareceu concretizar, definitivamente, o ideal socialista de uma igualdade básica de condições de vida para todos os homens. De outro lado, no entanto, a vaga neoliberal deste fim de século demonstrou quão precário é o princípio da solidariedade social, base dos chamados direitos humanos da segunda geração, diante do ressurgimento universal dos ideais individualistas (COMPARATO, 1998, p. 1).

Segundo Piovesan (2001, p. 2) “a Declaração de 1948 inova a gramática dos direitos humanos ao introduzir a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, que é marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos”. Neste sentido, a autora aponta que a característica universal se dá por conta de a condição de pessoa ser especificamente um requisito para que seja titular de direitos, bem como, é a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos. Já a característica indivisível destes direitos decorre dos direitos civis e políticos estarem associados aos direitos econômicos, sociais e culturais (PIOVESAN, 2001, p. 2).

Quando se trata da saúde, considerando a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), este âmbito do direito é contemplado principalmente nos artigos 1º, 2º, 3º e 25. Destaca-se, de imediato, o artigo 1º quando contempla: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Enquanto no artigo 2º, permite-se que os seres humanos possam invocar os direitos e as liberdades proclamados na Declaração, trazendo principalmente uma concepção de não distinção de raça, cor, sexo, política, religião ou qualquer outra. Além disso, no artigo 3º da DUDH é abordada uma defesa à vida, liberdade e à segurança pessoal (ONU, 1948, online).

Ademais, no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos humanos tem-se:

1.Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e

ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

2.A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social (ONU, 1948, online).

Assim, quando o documento define “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar...” ele está definindo de maneira integrada o direito à saúde e resguardando o caráter subjetivo e coletivo deste direito. A saúde se traduz em qualidade de vida, não somente em cura de doença, devendo, portanto, ser garantida aos seres humanos individualmente e ao seu grupo familiar. Outrossim, fica evidenciado o caráter universal do direito humano à saúde. Sendo também integral ao passo em que se define que tal prerrogativa é qualidade de vida e bem-estar, se caracterizando também como interdependente, já que tem ligações com outros direitos (QUEIROZ, 2006).

No contexto que é estabelecido o direito internacional dos direitos humanos, faz-se necessário entender a saúde como um direito humano, e para isso é imprescindível que se exija dos Estados a garantia dos cuidados de saúde adequados, aceitáveis, acessíveis e com qualidade. Além disso, é essencial a promoção de ações na busca de uma melhora nas questões intrínsecas, mas determinantes, da saúde, tais como educação, garantia de água potável, saneamento e informação, além de outras como segurança alimentar, habitação e igualdade de gênero (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Ademais da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 se preocupar com a proteção ao direito à saúde, o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) - que consiste em um tratado multilateral adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 1966 - em seu artigo 12, ratifica a universalidade e a integralidade do direito à saúde trazendo: “...o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado estado de saúde física e mental.”, e na sequência indica as maneiras de se concretizar tal direito, tais como: diminuindo a mortalidade infantil, garantindo condições saudáveis no trabalho e meio ambiente, prevenindo e tratando de doenças e epidemias e, por

fim, assegurando assistência médica em casos de enfermidades (QUEIROZ, 2006) (BRASIL, 1992).

No início dos anos 2000 surgiram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Tratam-se de oito grandes objetivos globais assumidos pelos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), os quais, em seu conjunto, almejavam fazer com que o mundo progredisse rapidamente rumo à eliminação da extrema pobreza e da fome do planeta, fatores que afetavam especialmente as populações mais pobres, dos países menos desenvolvidos (ROMA, 2019).

Os oito ODM ¹abrangiam ações específicas de combate à fome e à pobreza, associadas à implementação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente, além de medidas para o estabelecimento de uma parceria global para o desenvolvimento sustentável. Para cada um dos oito objetivos foram estabelecidas metas globais, formando um total de 21 metas, cujo acompanhamento de progresso deu-se por meio de um conjunto de 60 indicadores (SACHS, 2015).

A maioria das metas estabelecidas para os ODM tinha como horizonte temporal o intervalo de 2000 a 2015, isto é, avaliavam o progresso ocorrido nos indicadores em intervalos regulares até 2015, tendo por base dados iniciais obtidos em 1990 (ROMA, 2019). E, em se tratando de saúde, dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), três deles lidam com questões sanitárias: o ODM 4 tem por objetivo reduzir a mortalidade na infância; o ODM 5, a redução da mortalidade materna e o ODM 6, que busca controlar doenças infecciosas (SACHS, 2015).

Neste sentido, para ser alcançado, o ODM 4 tomou como meta reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990 até o ano de 2015. Para isso, foi tomado em consideração três indicadores: a taxa de mortalidade nos

¹ Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são: 1) Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) Educação Básica Universal; 3) Promover igualdade de gênero e empoderar as mulheres; 4) Reduzir a Mortalidade Infantil; 5) Melhorar a Saúde Materna; 6) Combater HIV/AIDS, a Malária e outras doenças; 7) Garantir Sustentabilidade Ambiental; 8) Parceria global pelo desenvolvimento (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2022).

menores de 5 anos; a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a dimensão de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo (ROMA, 2019).

Ainda, O ODM 5 buscava atingir duas metas globais: "Até 2015, reduzir a mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990"; e "Até 2015, universalizar o acesso à saúde reprodutiva". Além disso, o Brasil inseriu uma meta nacional: "Até 2015, deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero". No âmbito mundial, a sobrevivência materna apresentou substancial evolução desde a adoção dos ODM, com as taxas globais de mortalidade caindo 45%, ou seja: de 380 mortes de mães para cada 100 mil nascidos vivos em 1990 o patamar caiu para 210 no ano 2013 (ROMA, 2019, p. 36).

Além destes, o ODM 6, tem por foco o combate ao HIV/AIDS, a malária e outras doenças. Mais especificamente tal objetivo do milênio abrangia três metas: "Até 2015, interromper a propagação e diminuir a incidência de HIV/Aids"; "Até 2010, universalizar o acesso ao tratamento de HIV/Aids" e "Até 2015, reduzir a incidência de malária e outras doenças" (ROMA, 2019, p. 36).

Posteriormente, através de um processo de criação de uma agenda que passaria a substituir os ODM, por conta de ter se passado o período de execução destes em 2015, houve a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), em junho de 2012, realizada no Rio de Janeiro. O documento final do evento global resultou na base para que os países-membros da ONU contribuíssem juntos, utilizando a experiência dos ODM, para a instituição de uma nova soma de objetivos e metas voltadas para o desenvolvimento sustentável, que passariam a vigorar após o ano de 2015 (ROMA, 2019).

Desta forma, segundo o Programa Das Nações Unidas Para O Desenvolvimento (PNUD), tais novos objetivos pretendem atingir a concretização dos Direitos Humanos através da erradicação da pobreza, proteção do planeta e garantia de se alcançar a paz e prosperidade.

As Nações Unidas, com o desejo de avançar nesse processo, ampliam os objetivos e apresentam a Agenda 2030, composta de 17 Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável ²e 169 metas, com a finalidade maior de combater os ainda graves e presentes problemas socioambientais globais (ODS) (PNUD, 2017).

Tanto os ODS quanto a própria Agenda 2030 foram pensados sob a perspectiva de que, para posicionar o mundo em um caminho sustentável, medidas urgentes deveriam ser tomadas. Para tanto, os ODS formam metas a serem cumpridas até o ano de 2030. Além disso, segundo foram propostos, e se forem seguidos, pretendem fazer desta geração a primeira a erradicar a pobreza extrema, como também poupará as futuras gerações de efeitos mais adversos da mudança climática (PNUD, 2017).

Dentre os ODS, no âmbito da saúde, destaca-se o ODS 3, com o tema “Saúde e bem-estar”, que tem por foco principal assegurar uma vida sustentável, além de promover o bem-estar geral, em todas as idades. Tal Objetivo, engloba 13 submetas, sendo 3 delas relacionadas à saúde reprodutiva e das crianças; três dessas submetas relacionadas às doenças transmissíveis, crônicas e comportamentos aditivos; e duas voltadas à saúde ambiental. Além disso, uma submeta tem enfoque na Cobertura Universal da Saúde (UHC) e por fim, quatro estão relacionadas com o uso de tabaco, vacinas e medicamentos e a preparação para fazer frente aos riscos globais de saúde (MONTEIRO, 2020).

Diante disso, relacionado ao ODS 3, há a meta 3.8, com o propósito de “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.”. Para que seja atingida torna-se necessário que as medidas e ações de implementação apresentem-se uníssonas e coerentes, visando à equidade da saúde, o desenvolvimento social e ambiental, mudanças educacionais e culturais, além de investimentos em infraestrutura (MENEZES 2019) (ODS, 2018)

² Conforme o site odsbrasil, os ODS são: 1 Erradicação da Pobreza; 2 Fome Zero e Agricultura Sustentável; 3 Saúde e Bem-estar; 4 Educação de Qualidade; 5 Igualdade de Gênero; 6 Água Potável e Saneamento; 7 Energia Limpa; 8 Trabalho Decente e Crescimento econômico; 9 Indústria, Inovação e Infraestrutura; 10 Redução das Desigualdades; 11 Cidades e Comunidades Sustentáveis; 12 Consumo e Produção Sustentáveis; 13 Ação Contra a Mudança Global do Clima; 14 Vida na Água; 15 Vida Terrestre; 16 Paz, Justiça e Instituições Eficazes; 17 Parcerias e Meios de Implementação (ODS, 2022).

Ao tratar da cobertura sanitária universal, Jeffrey Sachs explicita que a saúde está no centro do desenvolvimento sustentável:

A saúde está na base do bem-estar e é vital para todas as outras coisas que são importantes para nós. Saúde não só significa que as crianças sobrevivem às doenças, mas também que elas se desenvolvam, aprendam, tenham sucesso na escola e entrem para a força de trabalho. Também torna esta força de trabalho mais produtiva. Neste sentido, a saúde aumenta a capacidade de uma comunidade de desenvolver capital. O objetivo do projeto é promover o desenvolvimento dos recursos humanos, a atividade econômica e o investimento (SACHS, 2015, n. p).

A saúde vem sendo há muito tempo considerada uma necessidade básica dos seres humanos e, por isso, um direito humano básico. Tecnicamente, o objetivo nesta seara é atingir o grau mais elevado possível de saúde física e mental. Embora, não pode estabelecer a todos os humanos uma meta de saúde perfeita, pois cada ser humano está condenado à doença e à morte (SACHS, 2015).

Portanto, quando se fala de “mais alto nível de saúde possível” deve-se ter em mente o nível que é possível alcançar de acordo com os níveis atuais de conhecimento e tecnologia. Ainda há um longo caminho a percorrer até atingir este objetivo prático. Já que ainda por volta de 6 milhões de crianças morrem a cada ano antes de completarem cinco anos, e praticamente quase todas elas em países pobres. Além de que quase todas essas mortes são por conta de doenças que são evitáveis ou curáveis (SACHS, 2015).

Com o desenvolvimento da ciência na saúde pública, combinado com progressos na medicina moderna e dentre outras, como, por exemplo a produção de alimentos ou a infraestrutura urbana, trouxeram grandes benefícios. Entretanto, ainda existem os maiores desafios a serem superados (SACHS, 2015).

Assim, apenas no ano de 2010 que a questão da cobertura universal ganhou notoriedade de fato, quando houve a publicação do relatório sobre Financiamento. Conforme consta nesse relatório, a assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma resolução acerca financiamento sustentável e cobertura universal de saúde. Tal resolução, demonstrou a urgência para que os países revissem a garantia de que o financiamento da saúde não cause pagamentos diretos às famílias, desta forma, recomendando que houvessem uma espécie de compartilhamento de riscos, através de prévias

contribuições financeiras, e dessa forma, poderia se prevenir um dos causadores de empobrecimento que são os gastos excessivos com saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Sendo assim, levando em consideração que diversos fatores sociais têm relação direta com os índices de saúde, como a fome; saneamento básico e cuidados ao meio ambiente, torna-se notável que a falta de equidade sanitária é fruto da falta de equidade social, logo, a saúde passou a ser interpretada não somente como um problema de desenvolvimento, mas também como um objeto ético-político e social. Desta forma, a importância que é dada aos determinantes sociais acaba por justificar o enfoque em políticas multissetoriais para que sejam implementadas iniciativas voltadas à garantia da saúde (MENEZES, 2019).

Adentrando o âmbito dos desafios de um cumprimento ao acesso universal sanitário, a saúde se mostra um desafio para todas as sociedades. Nos países ricos, nos quais as condições de saúde são muito melhores do que nos países pobres, os custos de saúde, que se mostram crescentes, geram diversos debates econômicos e políticos. Já nos países mais pobres, as finanças também são um obstáculo ao alcance de uma cobertura sanitária, no entanto, mais desafiador ainda é o grande número de doenças nestas localidades e o número de vidas perdidas por conta disso (SACHS, 2005).

A questão da pobreza e a saúde precárias estão frequentemente associadas. Para responder aos problemas de saúde nos países pobres, é necessário entender esta relação, além de identificar, tomando como base essa compreensão, quais seriam as melhores ferramentas para quebrar a armadilha da pobreza. Por exemplo, uma pessoa que é acometida por uma doença fica incapacitada de trabalhar em plena capacidade e, conseqüentemente, perde renda (SACHS, 2005).

Ademais, uma comunidade ou até mesmo um país com uma alta carga de doenças acaba também perdendo renda devido à falta de produtividade e outros custos como consequência de problemas de saúde. A causalidade é, portanto, uma via de mão dupla: saúde precária leva à pobreza, e esta, por sua vez, leva a uma saúde ruim. Um ciclo vicioso acaba nascendo dessa relação entre saúde precária e pobreza (SACHS, 2005).

No entanto, há a possibilidade de transformar os déficits em saúde em estudos para contribuição de uma saúde universal de qualidade. Visto que analisando o controle de doenças é possível melhorar as rendas familiares e até mesmo da comunidade, conseqüentemente essas rendas mais altas podem contribuir para melhorias sanitárias, gerando um ciclo virtuoso (SACHS, 2005).

Segundo elucidam Neri e Soares (2002), em âmbito brasileiro a importância do estudo da pobreza se sobressai, tanto porque é um país que possui uma parte significativa da população pobre da América Latina, como também porque apresenta um relevante potencial para erradicar a pobreza. O relativamente alto PIB *per capita* brasileiro, junto ao alto grau de desigualdade da renda, acaba por favorecer condições para o desenho de políticas redistributivas. O maior exemplo desse potencial é a alta sensibilidade dos índices de desigualdade e pobreza, além de mudanças em alguns instrumentos políticos (por exemplo, mudanças no salário-mínimo e nas taxas de inflação).

No Brasil, como contraponto a desigualdade social e sanitária, o princípio da equidade é cerne para o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por base o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o qual define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e que para isso deve utilizar-se de políticas sociais e econômicas, para que sejam reduzidos os riscos de doenças e outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Em se tratando de serviços e ações de saúde, devido à natureza, complexidade e a magnitude de uma aplicação em todo o território nacional, as atribuições do SUS e responsabilidades foram determinadas e repartidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que o instituiu entre as três esferas de governo (MATTOS; SOUZA FILHO, 2010).

Conforme Ventura e Simas, é por meio do Sistema Único de Saúde que há, de fato, o acesso à saúde, devido a suas características:

hierarquizado e descentralizado, com direção única, gestão nos três níveis de governo, com instâncias de participação e controle social democrático, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. Há, ainda, instâncias de articulação e pactuação integradas por gestores municipais e estaduais que atuam na direção nacional do SUS, a Comissão Intergestores Tripartites (CIT). E, localmente, a articulação e a pactuação dos gestores estaduais e municipais se dão

na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1996).

As injustiças sociais surgem das estruturas sociais estagnadas, nelas os indivíduos das diversas posições sociais dispõem de diferentes oportunidades para realizar seus interesses. De modo geral, os menos privilegiados possuem maior risco de adoecer e morrer que os mais privilegiados. Demonstrando que as condições de saúde de uma população estão fortemente ligadas a questão da desigualdade social existente na sociedade (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

No estudo de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98), Travassos *et al.* (2002), constataram através da análise por razões de chances, a existência da desigualdade social ao utilizar os serviços de saúde por gênero, ficou-se evidenciado que algumas características, como ser branco; elevado nível de escolaridade; empregador ou assalariado com carteira são condicionantes para uma maior probabilidade de procura dos serviços de saúde. Já na utilização de dados da Pesquisa Padrão de Vida (PPV/IBGE) dos anos de 1996 até 2007, Travassos *et al.* (2000), avaliaram as probabilidades de indivíduos utilizarem os serviços de saúde. Sendo assim, a desigualdade social foi percebida na distribuição do cuidado médico sendo mais favoráveis aos indivíduos de maior poder aquisitivo, sendo que na Região Nordeste essa disparidade é mais evidente que na Região Sudeste.

Dentre as mais diversas barreiras ao acesso à saúde, a geográfica parece ser a mais em evidência, criando uma resistência ao deslocamento do indivíduo ao serviço de saúde. Neste sentido, fica clara a relação entre quanto maior a distância física, menor é o acesso à saúde, não afetando significativamente quem dispõe de condições para alcançar os serviços, mas constituindo uma árdua tarefa para quem não tem tais condições. Há, também, o obstáculo financeiro, o qual, por exemplo, a utilização dos serviços pode diminuir conforme a participação financeira direta dos pacientes na compra destes aumenta, as pessoas pobres são mais sensíveis, utilizando menos serviços em consequência destas barreiras (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Além disso, barreiras organizacionais são fruto das características do serviço, da qualidade dos recursos humanos e tecnologias disponíveis que podem tanto facilitar como limitar a sua utilização. Finalmente, obstáculos de

caráter informacional também se constituem empecilhos ao acesso à saúde, pois a difusão de informação causa impacto tanto na percepção da saúde das pessoas quanto no acesso aos serviços. Porém, a informação deve ser adaptada à cultura e ao nível de escolaridade de cada grupo da população, pois os grupos populacionais acabam variando com relação ao nível de informação sobre os serviços que está disponível a eles (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

O texto constitucional assegura o direito fundamental e social à saúde em seu artigo 6º, além de trazer nos artigos 196 a 200 algumas diretrizes para o seu exercício. Entretanto, não trata de que maneira se dará tal prestação desse direito à coletividade, conquanto o texto não diz se o Estado deverá fornecer insumos ou tratamentos a quem possui e a quem não possui condições de custear tal despesa, bem como, não traz a determinação de qual a política pública sanitária mais ou menos adequada (CRISTÓVAM; CIPRIANI 2017).

Desta forma, caberá à Administração Pública elaborar políticas públicas que sejam mais adequadas à concretização dos direitos sociais, assim como, a ela caberá, definir o percentual do orçamento a ser aplicado, a forma da prestação, seus respectivos os projetos e programas, dentre outras coisas. Diante disso há fatores contingenciais que acabam influenciando a concretização do direito à saúde. Continuamente, além das variações de diretrizes político governamentais, muitas vezes a questão orçamentária pressiona e atrofia o acesso universal à saúde (CRISTÓVAM; CIPRIANI 2017).

Assim, o direito à saúde no âmbito internacional é uma das metas quando se trata da busca por um desenvolvimento humano. Sendo também, fundamental para que se concretize outros direitos, visto que como um direito inerente à vida, sem ele, há conseqüentemente um déficit na educação, lazer, trabalho e outros direitos que constitucionalmente são tratados como “sociais”.

Desta forma, para que se tenha um mundo com maior desenvolvimento humano, também é providencial a garantia de uma equidade sanitária. No entanto, tal prerrogativa ainda enfrenta dificuldades devido ao grande abismo existente entre o acesso à saúde em áreas ricas e pobres.

2.2 O DIREITO À SAÚDE À LUZ DA FRATERNIDADE

Para entender o conceito do direito fraterno, se faz necessária a compreensão de sua semântica. Analisa Martini e Sturza (2019, p. 17), que sua origem se dá do latim *frater* (irmão). Dentre seus significados estão: parentesco de irmãos; irmandade; amor ao próximo; união ou convivência de irmãos; harmonia; paz, dentre outros. Segundo os autores, da análise destes significados, pode-se entender que trata-se de algo bom, harmonioso, uma união de pessoas que pretendem viver uma sociedade.

A revolução francesa, período compreendido entre 1789 a 1799, abalou as estruturas sociais e históricas profundamente. Sua mais célebre lembrança, conhecida pelo lema *Liberté, Égalité, Fraternité*, contempla três premissas que formaram a base para diversas outras revoluções, que por sua vez buscaram alcançar a igualdade e a liberdade. Porém a fraternidade parece ter sido deixada de lado, ou pelo menos, não teve o mesmo reconhecimento que as demais (MACHADO, 2017).

Ao tratar da revolução francesa e seus lemas políticos, Pires (2021) afirma que esta:

(...) consagrou como lema a tríade de princípios Liberdade, Igualdade e Fraternidade e reverberou na História pelo seu potencial transformador oriundo da mobilização popular, capaz de derrubar o Absolutismo Monárquico no Estado mais populoso da Europa Ocidental. Ainda que “Liberté, Egalité e Fraternité” não fosse o lema oficial naquele momento histórico, a Revolução Francesa se eternizou como marco fundacional de uma Era, ao lado da Revolução Americana. (PIRES, 2021, p. 126)

Em realidade, a fraternidade só foi referenciada em 1790, não como uma determinação legal, mas como uma conduta. Tal referência ocorreu em um juramento dos deputados eleitos para a federação. Porém, é atribuída a referência original à fraternidade a um discurso proferido por um dos atores mais importantes da revolução francesa, o Robespierre, na Assembleia Nacional (MACHADO, 2017).

Neste discurso, ele demonstrou seu incontentamento com a distinção entre cidadãos ativos e passivos. Essa classificação consistia, já que na época havia o voto censitário, na divisão entre aqueles que tinham um certo rendimento, portanto, ativos, e aqueles incapazes, passivos (MACHADO, 2017).

Antes da tríade de princípios, o velho mundo encontrava-se em um estado de absolutismo, o que posteriormente foi substituído pelo Estado liberal, não interventor, no qual se abstém da promoção de qualquer política social. O chamado: Estado mínimo (ANDRADE, 2011).

Vial (2008, p. 77), ensina que “a fraternidade que ficou escondida nas masmorras da Revolução francesa reaparece justamente para desvelar paradoxos”. Segundo a autora, conforme o mundo vivencia a “era da informação” e da “inclusão universal”, as pessoas passa a ter consciência da própria condição de vida.

Esta nova fase inaugurada não só pela revolução francesa, com também pela americana (a qual deu início aos Estados Unidos da América), pauta-se principalmente nos direitos de 1ª dimensão. Preceitos como: liberdade, igualdade, vida, segurança, propriedade privada, são assegurados a partir de ótica, na qual o Estado não possa influir. No entanto, tal organização liberal não proporcionou uma igualdade de fato, facilitando, por exemplo, a exploração do proletariado, submetendo-o a jornadas de trabalhos desumanas (ANDRADE, 2011).

Assim, concomitantemente à ascensão das ideias comunistas, os direitos fundamentais deixam de ser apresentados como uma obrigação negativa do Estado, e passam a fazer parte dos deveres estatais. Promove-se a busca pela igualdade material e a liberdade real, para que a população possa dispor de condições básicas de vida. Desta forma, dá-se o Estado social. Neste, emergem os direitos de 2º dimensão, econômicos, culturais e sociais, marcados pela Constituição Mexicana de 1917 e a Alemã de 1919 (ANDRADE, 2011).

Acerca da fraternidade, Pires (2021, p. 219) explana que dois séculos após a Revolução Francesa:

[...] a Fraternidade se notabiliza no século XX, mais precisamente com o advento do Estado de Bem-estar social após a Segunda Guerra Mundial. [...] as rupturas institucionais são favorecidas pela guerra. E sendo uma guerra ampla e com múltiplas frentes e potências envolvidas, como foi a Guerra de 1939-1945, essa ruptura é potencializada. A partir da destruição institucional das nações europeias, o processo de reconstrução foi amplificado com o cenário da destruição praticamente total em escala supranacional, muito maior do que na Primeira Guerra Mundial. A guerra fez com que todos os

recursos financeiros e humanos do Estado fossem empregados no front, razão pela qual havia o vácuo institucional em todas as áreas sociais. Nesse cenário de horizonte político-econômico-social aberto emerge o Estado de Bem-estar social.

Ainda nesse contexto de pós-Segunda Guerra, há as revelações dos crimes cometidos pelos nazistas nos campos de concentração contra grupos populacionais específicos, sobretudo judeus, o que demanda reações concretas no concerto das nações com a criação de princípios basilares e universais.

Desta maneira, na pós-modernidade³ surgem os direitos difusos, sem indivíduos determinados, e que segundo Andrade (2011, p. 6-7), “são os direitos fundamentais de 3ª dimensão, direitos de solidariedade e fraternidade que ultrapassam os limites do individualismo (tônica da 1ª dimensão) ou de grupos determinados (2ª dimensão)”.

O autor também trata que os exemplos destes direitos são: o meio ambiente equilibrado, progresso, direito à paz, autodeterminação dos povos, direito ao desenvolvimento e direito à comunicação. Estes direitos vêm não para substituir os já consolidados pelas gerações anteriores, mas sim, para somar seus valores (ANDRADE, 2011, p. 7).

Lazzarin (2015, p. 92) explicita que, enquanto a liberdade e igualdade evoluíram a ponto de se tornarem “princípios constitucionais e também como ideias-forças de movimentos políticos, a fraternidade viveu um percurso de um rio subterrâneo, mantendo-se o pensamento democrático a respeito da fraternidade em silêncio”

Contudo, no âmbito acadêmico e jurídico, a fraternidade ainda não alcançou o mesmo reconhecimento que a liberdade e igualdade. Não havia, por exemplo, tantas referências e registros concretos a este princípio até o início dos anos de 2010. Até então, a fraternidade vinha sendo estudada no escopo das filosofias social e política, e posteriormente como categoria jurídica (MACHADO, 2017).

Ainda, seja do direito interno ou no âmbito internacional, encontra-se em um processo de reconhecimento e positivação, e, portanto, essa 3ª dimensão

3 Pode-se dizer que a pós modernidade refere-se ao período após a Segunda Guerra Mundial. Momento no qual o mundo passou por uma grande mudança social, cultural, científica e econômica. (JAMESON, 1985).

dos direitos fundamentais é conceituada como “direitos em fase de formação” (ANDRADE, 2011, p. 8).

Além disso, a fraternidade se mostra segundo Pires (2021, p. 130), “elemento nuclear no desenvolvimento do Estado de Bem-estar social, um dos grandes avanços da humanidade caracterizado pela valorização dos princípios constitutivos legislativos”. Além disso, o autor afirma que “o principal objetivo do Estado de Bem-estar social é proporcionar condições humanas decentes para os mais pobres através do Estado, sendo, portanto, um objetivo desprovido de sentido econômico, baseado numa lógica de mercado.” (PIRES, 2021, p. 130)

Como categoria jurídica, o princípio fraternal aparece nas Constituições ao lado dos princípios igualmente proclamados pela revolução francesa, igualdade e liberdade. E como categoria política, a fraternidade aparece como um ponto de mudança na democracia, funcionando como mediadora do diálogo entre a liberdade e igualdade tendo como objetivo o bem comum. Ela deve ser o cerce das políticas públicas, assim, estas devem atingir fins de equidade em irmandade social (FONSECA; FONSECA, 2021).

A fraternidade se apresenta, segundo Fonseca e Fonseca (2021, p. 36), como “parâmetro normativo de correção da conduta de sujeitos de direito, ou seja, consiste em categoria dotada de normatividade de caráter relacional com aptidão para regular a vida gregária e estabilizar as expectativas sociais no tocante às condutas humanas”. Neste sentido, os autores tratam que “o ideal fraternal assume centralidade nas operações de fundamentação, legitimação, identificação, qualificação e positivação de direitos fundamentais.”

Neste sentido, a fraternidade atua na evolução da aplicação na teoria dos direitos fundamentais, visto que propicia a efetivação de tais direitos no âmbito político e social (JABORANDY, 2016). A autora complementa que a fraternidade está:

(...) pautada em comunhão com interesses transindividuais diversos, respeitando tanto as dimensões individuais como a identidade social dos indivíduos, já que, no pensamento fraterno, o reconhecimento intersubjetivo manifesta-se de forma transclassista. Ademais, a fraternidade pode criar expectativas construtivas e possibilidades de espaços de diálogo em que, por meio da mediação de conflitos, são trabalhados e redefinidos os interesses comuns. Assim, o direito enquanto símbolo congregador da fraternidade interliga-se no sistema

constitucional como fio garantidor e mediador dos conflitos intersubjetivos (JABORANDY, 2016, p. 111).

Quando se trata do direito fraterno, é necessário entender que um direito que não vem exclusivamente de uma decisão soberana, mas sim de um acordo entre iguais, não se apegando a qualquer identidade, posicionando-se em um campo político aberto e independente. É centrado nos direitos humanos, havido nele uma minimização da violência, pensando em conciliar e mediar tendo como foco “igualdade na diferença” (VIAL, 2008, p. 69).

Além disso, o direito fraterno busca a inclusão, bem como segue no caminho oposto aos códigos antigos já considerados ineficazes, já que não compactua com estes acerca da concepção da dicotomia “amigo-inimigo”. Neste passo, “não há a necessidade de um soberano que explora, mas de um soberano que, perdendo sua posição superior, é um irmão, um outro-eu” (VIAL, 2008, p. 70).

Ao analisar a vida em sociedade com as lentes da fraternidade Jaborandy, Machado e Fonseca (2019) aduziram:

As profundas transformações sociais exigiram o redimensionamento ético da vida em sociedade na qual se exige do Direito uma releitura de inúmeros institutos jurídicos, com o intuito de resgatar o bem central em torno do qual o fenômeno jurídico ganha sentido, qual seja, a valorização do ser humano e sua relação com o ambiente no qual vive e transforma. O tempo atual é o tempo de rever velhos pressupostos esquecidos e que podem auxiliar no constante e necessário processo de transformação social. Neste contexto o “velho/novo” pressuposto da fraternidade deve ser resgatado como ponto central da vida em sociedade. A ênfase aos direitos fundamentais nos sistemas jurídicos democráticos é realidade inarredável. Vislumbra-se, com clareza, a evolução da teoria dos direitos fundamentais, apesar de persistir grande anseio da sociedade em torno da proteção e promoção de direitos formalmente positivados no texto constitucional, mas ainda carentes de efetivação. No caso específico da fraternidade, observa-se que é vista como uma obrigação moral e não uma forma de direito, embora apareça textualmente em várias Constituições modernas. (JABORANDY; MACHADO, FONSECA, 2019, p. 236).

A titularidade do direito fraterno, é coletiva, difusa, segundo Andrade (2011, p. 7), é “de certo modo indefinida e indeterminável, desprendendo-se do homem enquanto o indivíduo e ligando-se ao conceito de futuras gerações.” É, portanto, um direito sem identidade, sem delimitação territorial, não se fundado em incluir ou excluir, mas se apegando à comunidade (MARTINI; STURZA, 2019).

Quando da análise do direito fraterno, refere-se a um convívio com o outro, saber viver em sociedade. Daí, vem o caráter inclusivo da fraternidade, sem a inclusão não há um convívio harmonioso, assim, não há como, ou porque, viver em comunidade (VIAL, 2008). Desta maneira, quando se refere à humanidade, se diz igualmente “igualdade entre todos os seres humanos”.

Assim, a fraternidade vê a necessidade de pensar o direito através de um ângulo em que seja obrigado universalmente o respeito aos direitos humanos. Há neste pensamento um desprendimento quanto à territorialidade, cultura ou religião, desta forma, apenas por ser humano há a concessão de direitos (VIAL, 2008).

Como averba Machado e Martini (2018, p. 781), a importância do estudo da fraternidade na contemporaneidade se dá “em face da constatação da necessidade de uma teoria que se encarregue das lutas por reconhecimento, da afirmação de identidades coletivas e da inclusão do “outro” no Estado Democrático de Direito.”

Além disso, conforme Jaborandy (2016), a fraternidade se mostra desempenhando três funções: “função de equilíbrio entre liberdade e igualdade, função de reconhecimento e função interpretativa. Neste sentido, a autora expõe que a primeira (equilíbrio entre liberdade e igualdade) refere-se aos deveres fundamentais, fazendo com que tanto Estado quanto indivíduo assumam suas responsabilidades no sentido de um progresso social. A função do reconhecimento trata do modo como a fraternidade pode fazer com que o indivíduo ponha-se no lugar do outro, gerando um sentimento de comunidade, solidariedade e empatia. Enquanto a terceira função, a interpretativa, “deve ser verificada na prática, no momento da definição de sentido de direitos e deveres fundamentais na contemporaneidade” (JABORANDY, 2016, p. 112).

Como também, “a fraternidade se apresenta de forma dialética integrada com a possibilidade do ser em comunhão com o outro numa perceptiva formada a partir da alteridade como dado fundamental para a concretização de direitos.” (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 782).

Quando o Estado liberal democrático se mostra falho em fornecer suporte em equidade de direitos e “o Estado de bem-estar social deixa de ser consenso, há uma urgência de repensá-lo, sem se afastar do seu núcleo, que busca a universalização da educação, da saúde e busca proteger os menos favorecidos.” (PIRES, 2021, p.133).

Neste sentido, Machado e Martini entendem que “a dialética da fraternidade incorpora as realidades psicoculturais das práticas sociais na medida em que contém em si mesma o exercício da cidadania.” (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 783).

Portanto, entender o direito sob uma perspectiva fraterna significa, segundo Martini e Sturza (2019, p. 15), “construir um novo referencial para a própria ciência do direito, o qual deve se fundamentar sem outras áreas de estudos que estão intrinsecamente ligadas ‘com’ e ‘nos’ fenômenos sociojurídicos”. Ainda segundo Martini e Sturza (2019, p. 15) “o Direito Fraternal propõe uma “nova/velha” análise dos rumos, dos limites e das possibilidades do sistema do direito na sociedade cosmopolita.”

Entende-se, para tanto, que apenas incorporando a dignidade humana como foco principal a ser alcançado, é que se resgatará a falta de direitos na sociedade. Tal atitude depende, prioritariamente, de uma simultânea, mudança na própria sociedade. Não se trata de apenas uma alteração na legislação, mas também, na mentalidade do coletivo. Desta forma, a fraternidade se apresenta tanto como uma proposição legal, como também, um princípio ativo, guiando o caminho da humanidade (LAZZARIN, 2015).

Assim, segundo Martini e Sturza (2019, p. 28), um dos objetivos do Direito Fraternal “é justamente atentar para esta responsabilidade de cada um de nós, de cada homem e mulher, de cada criança e idoso, enfim, de cada um que compartilha o caráter de humanidade”

Constitucionalmente, entende-se que a fraternidade se dispõe na essência do corpo da carta fazendo com que possuam uma posição elevada na hierarquia jurídica, porém não existindo como norma formal, sendo apenas material sendo “a própria razão de ser do Estado Social e Democrático de Direito,

cuja concretização encontra-se entre suas tarefas e incumbências.” (ANDRADE, 2011 p. 6).

Ora, se a terceira dimensão dos direitos fundamentais não surge para substituir, mas sim para, harmoniosamente, complementar a garantia das dimensões anteriores, o Estado não pode arbitrariamente acabar com a vida de ninguém (direito de defesa, negativo, 1ª dimensão), mas para que exista vida, deve haver saúde (direito prestacional positiva, 2ª dimensão) (ANDRADE, 2011, p.8).

Acerca deste pressuposto, acrescenta Andrade:

(...) pois não é inteligível defender a tese que haja pleno respeito pela vida humana sem que exista o oferecimento prestacional do serviço sanitário para assegurá-la e protegê-la; nesse viés observamos a importância devida à construção de hospitais e conseqüente aumento no número de leitos, aparelhamento moderno, médicos suficientes e bem remunerados, distribuição gratuita de medicamentos para os indivíduos que não possuam recursos financeiros para adquiri-los, tudo isso promovendo e respeitando a vida, ademais o meio ambiente deve estar equilibrado (direitos difusos, 3ª dimensão), pois a poluição e degradação do meio ambiente ameaça a saúde e a vida dos seres humanos (ANDRADE, 2011, p. 8-9).

Conforme Lazzarin (2015, p. 93) há na Constituição Federal de 1988 uma menção à fraternidade “na medida em que fez constar do Preâmbulo, o compromisso com uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”. Ainda segundo a autora, enquanto o constitucionalismo moderno passou por duas fases, sendo a primeira liberal e a segunda social, a terceira fase seria fraternal (LAZZARIN, 2015).

Neste sentido, Machado (2017, p. 166), aduz que há na menção à fraternidade pelo preâmbulo da Constituição Federal uma base para o “compromisso do Estado com a construção de uma sociedade fraterna – e de todos os que se encontram submetidos à ordem jurídica brasileira (...)”.

Bem como, o autor afirma que mesmo havendo divergências doutrinárias acerca da natureza jurídica do preâmbulo, se este possui ou não eficácia jurídica, é unânime que “a ideologia constitucional se concentra particularmente no preâmbulo. (...) e, assim sendo, deve ser, pelo menos no particular, considerada” (MACHADO, 2017, p. 172).

Acerca da saúde e fraternidade analisa-se tal relação através de “pactos”. Segundo Vial (2008, p. 71), “o direito fraterno se apresenta como uma aposta, onde o outro é um outro-eu, meu irmão, é alguém com quem eu faço pactos.” Desta forma, para que haja um acesso universal à saúde, “é necessário efetivar o pacto da vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste sistema. Ora, sem compartilhar com o outro como um outro-eu, é impossível pensar na vida, até porque é difícil definir seu início ou seu fim” (VIAL, 2008, p. 71).

Ao tratar de tais conceitos, deve-se considerar também, que quando a fraternidade pensa em considerar os outros como “irmãos”, com o qual deve ser fazer pactos. Por isso há o conceito de “fazer um pacto pela saúde”, o engajamento do Estado deve ser pautado em valores fraternos e em valores constitucionais (MARTINI; STURZA, 2019).

Conforme Vial (2008, p. 76), ao observar o direito a uma saúde digna, “observamos que a efetivação deste direito fundamental só pode se dar na nossa sociedade por meio dela própria, ou seja, por mecanismos capazes de implementá-lo como o direito à informação, ainda que não possam se limitar a ele.”

O que se propõe ao trazer de volta o direito fraterno junto à saúde é livrar-se das amarras egoístas que por muito perpetuou-se na história da humanidade. Em uma sociedade cosmopolita⁴ reverter tal quadro é sim possível, no entanto, necessita que esta seja pautada na igualdade e dignidade (MARTINI; STURZA, 2019).

Nesta configuração social, portanto cosmopolita, é considerado que a saúde não somente é um bem comum, como também trespassa a soberania. Não eliminando tal soberano, mas o crer como um semelhante (MARTINI; STURZA, 2019).

Ademais, não há como tratar do direito à saúde sem que se observe a complexidade de suas condições, principalmente aquelas relacionadas com o

4 O conceito de cosmopolitismo kantiano prega uma sociedade na qual existe uma lei comum a todos os países. Desta forma, se alcançaria a paz mundial e se preservaria a dignidade humana (LIMA, 2018).

direito à informação, pois não existe acesso a saúde sem saber como pôr em prática as polícias públicas sanitárias. Neste sentido é imprescindível a diferenciação entre conhecimento e informação (VIAL, 2008).

Desta forma, só são efetivados os direitos fundamentais se a própria população for detentora de conhecimento, tendo consciência e, como ensina Vial (2008, p. 77), “se estiver empoderada de suas condições de vida e de seu direito a ter direitos.”

Ademais, para haja, de fato, um acesso equitativo sanitário, o pacto em saúde – e conseqüentemente o pacto pela vida e SUS – deve ser efetivado, pois sem dividir com o próximo, não há como se pensar em vida, visto que, ao encarar o outro como a si mesmo não há como aceitar a desigualdade no acesso à saúde (MARTINI; STURZA, 2019).

Em análise da saúde sob as lentes da fraternidade é importante também identificar como o Brasil lida com a questão. O Brasil criou a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), advinda do Decreto Presidencial nº 5.721, de 13 de março de 2006, até ser revogado pelo Decreto 10.087 de 2019. Na época, o país era o primeiro a criar uma CNDSS. O relatório desta comissão traz a emergência de se analisar o direito à saúde sob o aspecto fraterno (VIAL, 2008).

Observando o relatório do CNDSS, que apontou a região Nordeste com uma taxa maior de mortalidade infantil que outras regiões, mesmo que essa estática venha caindo ao longo dos anos, já que em 1990 era de 95,7% e em 2005 era de 56,4%. No entanto, é preciso que as políticas públicas de saúde tenham um olhar fraterno em sua atuação, vendo através do outro e não podendo mais deixar os níveis de saúde segurem com essa disparidade. Assim, é nítida a histórica ineficácia das políticas de saúde que, acabam gerando ainda mais desigualdades (VIAL, 2008).

Neste sentido, evidencia-se que há uma definição legal de uma universalização e promoção do direito à saúde, porém, sem a devida efetivação. Já que não há, por parte das políticas públicas um olhar desprendido de

regionalismos, o que por sua vez gera frutos como as evidentes desigualdades entre regiões no que tange a saúde pública (MARTINI; STURZA, 2019).

Bem como, devido a característica inclusiva do direito fraterno, se faz necessário o estudo também da exclusão, pois, segundo Vial (2008) há um caráter ambivalente na fraternidade, sem a análise das questões exclusivas não há a efetivação das questões de inclusão.

Conforme a autora, tanto o direito à saúde deve ser interpretado como “modos de inclusão universais”, como também os bens comuns da sociedade devem ser vistos desta forma. “A fraternidade propõe uma inclusão sem limites, assim como deveria ser o direito à saúde.” (VIAL, 2008, p. 80).

Ora, é de suma importância que aqueles que estejam envolvidos em todos os níveis das políticas públicas de saúde comprometam-se, já que juridicamente, há o direito à saúde do cidadão, mas é necessária sua execução. Para tanto, tais políticas devem levar em conta as peculiaridades de cada região, já que os problemas sanitários ultrapassam as barreiras geográficas (MARTINI; STURZA, 2019).

Não somente isso, como também as políticas públicas devem levar em conta a participação dos envolvidos com o fim de obter a melhor solução para a problemática, mas principalmente uma solução mediadora e pensada na fraternidade (MACHADO; MARTINI, 2018).

Os processos de exclusão ganham força pela deficiência no acesso à informação por parte da população, que também desconhece o conhecimento e a educação. De fato, a falta de saúde é intimamente ligada com a falta de educação. Portanto, da análise do direito fraterno nas políticas públicas – não somente as de saúde- deve-se observar que a maioria dos analfabetos são negros e que os indicadores de analfabetismo são muito maiores no Nordeste do que em outras regiões como o Sul, por exemplo (VIAL, 2008).

Assim, segundo Vial (2008, p. 81):

A possibilidade de efetivar os direitos em uma sociedade inflacionada de direitos se dá por meio de políticas sociais inclusivas. Pensar em saúde significa pensar no que determina a saúde, ou seja, nos determinantes sociais da saúde. Como afirmamos no início do artigo,

vivemos em uma sociedade strapiena di diritto; portanto, não nos faltam instrumentos legais para a efetivação do direito a ter direitos.

Portanto, não podem ser tomadas medidas de saúde pautados no regionalismo. Para o tanto o direito fraterno se faz necessário para que haja uma uniformidade na busca do acesso universal à saúde, visto que as doenças ultrapassam os limites territoriais (VIAL, 2008).

Além disso, quando se trata da fraternidade aplicada às políticas públicas de saúde e suas problemáticas, as formas de resolução baseadas no diálogo entre população e Estado, em outras palavras, soluções extrajudiciais, parecem mostrar uma maior efetividade que as soluções em que há uma busca junto ao Poder Judiciário. (MACHADO; MARTINI, 2018).

Ademais, a fraternidade age colaborando com a efetivação do acesso à saúde, promovendo a cooperação entre Estado e comunidade. Nesta perspectiva, segundo Machado e Martini (2018, p.789), “ao se conscientizar a sociedade da responsabilidade ética social, haverá uma maior participação nas decisões de políticas públicas, uma vez que o indivíduo projetará no outro sua própria necessidade.”

Segundo Machado e Martini (2018, p. 785), “partindo-se do pressuposto da existência de uma justiça social de fato, tem-se uma sociedade que inclui todos somente porque também é possível, ao mesmo tempo, excluir os “ditos” incluídos.” Portanto, é através da fraternidade nas políticas públicas de saúde que se pode melhorar a condição daqueles que são detentores do acesso à saúde, mas não a desfrutam de fatos.

Assim, é compreendido que a humanidade já encontra-se em uma era de inclusão universal, porém, ainda presa em uma contradição, na qual há uma inclusão pela exclusão. E mesmo com a Constituição Federal pautar-se em preceitos fraternos e de igualdade, na prática estas não são efetivadas. Principalmente ao analisar as políticas públicas que falham ao não levar em conta a fraternidade em sua atuação. Neste sentido, para que seja efetivado o acesso universal à saúde muitos buscam o Poder Judiciário no intuito de verem suas causas em saúde atendidas (MARTINI; STURZA, 2019).

Portanto, enquanto a fraternidade atua na harmonia entre a liberdade e igualdade, unindo esses princípios ao sentimento comunitário. E no campo político servindo de norte para as políticas públicas, trazendo formas de resolução baseadas no diálogo entre população e Estado, visando a equidade em saúde.

2.3 O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 trouxe um rol de direitos sociais em seu Art. 6º, e entre eles encontra-se o direito à saúde. “São direitos sociais a educação, **a saúde** (grifo nosso), a alimentação, [...], na forma desta Constituição”. Assim como os demais direitos fundamentais, a este direito foi dado um tratamento especial, visando uma maior garantia deste instituto uma vez que se encontra intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

Porém, o direito à saúde em si, possui uma ligação com diversas outras matérias cruciais para a sua concretização. Dentre elas, podem ser citadas: a proteção à saúde individual e coletiva; o direito à vida; a dignidade da pessoa humana, o ambiente; moradia; privacidade; trabalho; propriedade; seguridade social; consumidor; família, dentre outros. Portanto, para a efetiva proteção ao direito à saúde se faz necessária também a proteção dos demais direitos que fazem conexão com este (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Além dessa questão, quando se analisa dentro do escopo dos direitos humanos o acesso à saúde e à justiça, conseqüentemente pondera-se o direito à saúde e a justiça social como gênero na qual o acesso à saúde é espécie, guiando-se sempre pela concepção da equidade (VENTURA; SIMAS, 2021).

Acrescenta os autores (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1994-1995):

a efetividade da assistência à saúde no que concerne à utilização dos serviços e à satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos e populações, referendando o Estado como provedor de políticas e ações organizadas que culminem em mudança no estado de saúde e na qualidade de vida.

Também, é importante salientar que nenhuma outra Constituição brasileira havia tratado tão diretamente acerca do direito à saúde como a atual Constituição de 1988. Segundo Dallari (2008), o tratamento deste âmbito do

direito como direito social, no texto constitucional, é resultado de uma força popular que se criou com a redemocratização na época em que a Lei Maior foi concebida, momento no qual, o país passava pelo fim da ditadura militar.

Isto posto, é perceptível que no tocante à saúde, a Constituição Federal de 1988 alinhou-se com a própria concepção de saúde abordada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua norma constitutiva: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Ou seja, não se trata de uma saúde meramente curativa.

Segundo Sarlet e Figueiredo (2009, p. 2), ao ocorrer tal alinhamento no texto da carta constitucional há “o alargamento do âmbito de proteção constitucional outorgado ao direito à saúde, ultrapassando a noção meramente curativa, para abranger os aspectos protetivo e promocional da tutela devida”

Neste âmbito, Sarlet e Figueiredo (2008) agregam, ao analisar o artigo 196 da CF, que:

Seguindo as diretrizes do texto do artigo 196 da CF, tem-se a “recuperação” como referência à concepção de “saúde curativa”, ou seja, à garantia de acesso, pelos indivíduos, aos meios que lhes possam trazer a cura da doença, ou pelo menos uma sensível melhora na qualidade de vida (...). Já as expressões “redução do risco de doença” e “proteção” reportam-se à noção de “saúde preventiva”, pela realização das ações e políticas de saúde que tenham por escopo evitar o surgimento da doença ou do dano à saúde (individual ou pública), ensejando a imposição de deveres específicos de proteção, decorrentes, entre outros, da vigência dos princípios da precaução e prevenção. O termo “promoção”, enfim, atrela-se à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 8)

Assim, para que haja uma eficácia na realização das políticas sanitárias no Brasil buscando o acesso universal da saúde, é necessário, segundo Schulze (2019, p. 9):

que o Estado siga determinadas considerações da CF/88. Tais como: o princípio da dignidade humana; o direito ao mínimo existencial em saúde; a vedação do retrocesso social, desta forma, proibindo que o Estado diminua sua atuação já consolidada socialmente; e o dever de progresso, que por sua vez impõe uma progressão na satisfação da prestação em saúde.

Neste sentido, Vieira (2020, p. 10) explicita que:

No plano internacional, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas,

que foi adotado na XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), em 19 de dezembro de 1966 (Brasil, 1992), e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais “Protocolo de São Salvador”, concluído em 17 de novembro de 1988 (Brasil, 1999). No tocante ao direito à saúde, o art. 12 do pacto estabelece que os Estados “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”, e o art. 10 do protocolo determina que “toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”.

Segundo Lima (2009), devido a Constituição Federal reconhecer o direito à saúde como um direito fundamental, ocorre o fenômeno da aplicação imediata das normas que o garantem, por força do art. 5º §1º da própria Carta Magna que determina “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (BRASIL, 1988).

Para o autor, a “base positiva que funda o direito à saúde” é a soma do preâmbulo da lei maior, o qual trata expressamente que “o Estado Democrático é instituído pela própria norma constitucional, em busca da garantia dos direitos sociais e individuais, entre outros valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”; com o Art. 1º, III, que traz a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado; a prevalência dos direitos humanos nas relações internacionais assegurada pelo Artigo 4º, II e a garantia da inviolabilidade do direito à vida, o qual tem sua expressa proteção pelo Artigo 5º da CF/1988 (LIMA, 2009, pp. 113 -114).

A Constituição atribui em seu art. 196 a responsabilidade Estatal ao definir: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Conforme, Ramos e Netto (2017), não somente o constituinte originário atribui ao Estado tal dever de garantir a saúde, como também distribui a responsabilidade entre a esfera federal, estadual e municipal, assim disposto no art. 23 da lei maior: “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;” (BRASIL, 1988).

Acerca desta divisão de deveres Ventura e Simas (2021) definem que:

os municípios são responsáveis pela prestação direta de serviços de saúde, organizando a porta de entrada do SUS e o fornecimento de medicamentos básicos, constante em lista oficial. Aos estados cabem os procedimentos de média complexidade e serviços especializados, como a dispensação de medicamentos especializados, conforme a lista pactuada entre os gestores. A União Federal tem o dever de coordenar, financiar e manter as políticas nacionais de saúde e os serviços de alta complexidade. (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1996).

Desta maneira, é dado aos entes federativos uma “competência material comum de assegurá-lo a todos em caráter universal e com integralidade no atendimento.” (RAMOS; NETTO, 2017, p. 312). Importante salientar que esta delegação só é possível visto que a Constituição tem como base a forma federativa de Estado, que por sua vez é caracterizado pela repartição de competências. Dado que não há uma repartição de deveres, o próprio texto constitucional cria um sistema de distribuição de competências administrativas e legislativas, para que assim, estes entes possam realizar suas funções (TAVARES, 2013).

Em outras palavras, o constituinte, em sintonia com o modelo de Federalismo Cooperativo que traz a carta constitucional, implementa uma descentralização no tocante à atuação do governo, norteando o Sistema Único. Observa-se, portanto, uma “divisão de competências, entre as esferas de governo” (RAMOS; NETTO, 2017, p. 318). Além de tudo, fora estabelecida pela Constituição Federal em seu art. 23, II, que todos os entes federativos possuem o dever de cuidar da saúde e da assistência. Para tanto, devem através da cooperação técnica e financeira prestar serviços de atendimento à saúde da população, além de outras competências (RAMOS; NETTO, 2017).

Demais disto, quando o art. 196 determina a responsabilidade estatal da garantia à saúde através de políticas de cunho social e econômico, o faz juntamente ao art. 198, caput e seus incisos, que traz: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade” (Brasil, 1988).

Assim, ao dispor desta maneira, o poder constituinte originário está formando a base para instauração de um sistema de saúde. Neste sentido, Gebran Neto (2014, p. 4) conceitua que, simultaneamente, o poder constituinte originário “elevou as ações de saúde como matéria de relevância pública (art. 197), a Carta Política tornou livre à iniciativa privada a assistência à saúde (art. 199)”. Logo, o legislador o faz “em sintonia com o disposto no art. 170 e seu parágrafo único, do mesmo diploma, que tratam dos princípios que regem as atividades econômicas.” (GEBRAN NETO, 2014, p. 4). Consequentemente, viabilizado a criação do Sistema único de Saúde (SUS), que por sua vez viabiliza um acesso universal à saúde, e que posteriormente foi regulamentado, principalmente, pela Lei nº 8.080/90 e pela Lei nº 8.142/90.

Ainda sobre a criação do Sistema único de Saúde, Dourado (2011, p. 206), afirma que o SUS foi criado nesse contexto em que a saúde passou a ter um reconhecimento maior no país:

A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde [Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90] delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

Conforme o autor, fica claro que o art. 198 serve de norte para as políticas públicas de saúde. Desta forma, a saúde deve ser compreendida em três espectros inseparáveis: prevenção, proteção e recuperação. Devendo na observância desta cobertura, que o programa de saúde seja o mais abrangente possível (GEBRAN NETO, 2014, p.6).

Acerca do assunto, Gebran Neto afirma que acerca do acesso universal e igualitário:

(...) buscou o constituinte atender a um grave reclamo social existente no antigo regime, vez que o sistema anteriormente estabelecia que a previdência social era prestada exclusivamente em favor daqueles indivíduos que estivessem inseridos no sistema previdenciário. Equivale dizer, fossem os chamados “portadores das carteirinhas”. Em oposição a este atendimento restritivo, buscou-se garantir o acesso universal e igualitário como forma de assegurar a todos os indivíduos o tratamento preventivo e a assistência curativa das enfermidades. Por isso que o princípio da universalidade, como direito fundamental à saúde, tem por significado a garantia estatal às condições necessárias

para o exercício e acesso à atenção e à assistência à saúde em todos os seus níveis. Equivale dizer, basta a sua condição como ser humano para que seja garantido o pleno atendimento a saúde preventiva e curativa, ficando vedadas discriminações decorrentes da condição econômica, social, profissional ou mesmo regional (GEBRAN NETO, 2014, p. 5).

Segundo o autor, há um sentido no surgimento deste sistema sanitário, já que anteriormente não havia uma preocupação na indicação legislativa sobre a matéria, criava-se uma desorganização no fornecimento do direito à saúde. Desta forma, muitas vezes este desarranjo levava a uma “duplicidade de instâncias no fornecimento do atendimento à saúde”, ou pior, a falta deste atendimento (GEBRAN NETO, 2014, p. 5).

Já na década de 1990, dois anos após a promulgação da Constituição Federal, o SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/90, dispondo “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a).

Além deste diploma normativo, no mesmo ano houve a promulgação da Lei nº 8.142/90. Tal lei “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” Somadas, as duas normas sevem de base para a implementação do Sistema de saúde no país (BRASIL, 1990b).

Apesar de sua regulamentação em lei acontecer a partir do ano de 1990, ocorre que a semente de sua implementação se deu 20 anos antes, nos anos de 1970. Neste período, alguns movimentos contrários ao regime ditatorial da época, já buscavam uma reforma social e política, na qual os direitos mais básicos fossem contemplados universalmente. Neste sentido, se expandia a ideia de uma “reforma sanitária”, ideia que posteriormente fora contemplada na própria Lei 8.142 de 1990, tendo em vista que esta aborda as “diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade.” (SANTOS, 2013, p. 274).

Segundo Paim (2018, p.87), o SUS pode ser considerado o marco desta reforma sanitária já que “com previsão na Constituição Federal em 1988, que

dispõe expressamente em seu art. 196 [...] garantindo ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde”.

Ademais, não somente estes artigos da CF/88 pretendem garantir o acesso à saúde e a regulamentação do SUS, como também o artigo 200 e incisos, atribui certas competências ao Sistema único, tais como:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

De igual forma, o Art. 6º da Lei 8.080/90 traz a “determinação da estrutura e o modelo operacional do SUS”. Desta maneira, pode-se dizer que é através da interpretação deste artigo que são determinados os seguimentos de atuação do sistema, principalmente o princípio da universalidade, o qual “garante a todas as pessoas o acesso às ações e servidões de saúde disponíveis” (PAIM, 2018, p. 88).

Este princípio é um dos aspectos que norteiam o SUS, fazendo com que se sejam atendidos todos aqueles em território nacional. Além do princípio da universalidade, o princípio da igualdade tem por objetivo evitar que haja uma discriminação na garantia do direito à saúde, ignorando barreiras sociais e atendendo as pessoas na medida de suas necessidades. Além disso, o SUS possui diretrizes que foram estabelecidas pelo texto constitucional, dentre elas, destacam-se a: descentralização, participação da comunidade e o atendimento integral (VIEIRA, 2020).

Um terceiro princípio muito importante como diretriz do Sistema Único de Saúde é o da equidade, que, segundo Vieira (2020, p. 12), não foi diretamente abordado pela CF/88 nem pelas Leis orgânicas de saúde (Lei no 8.080/1990 e Lei no 8.142/1990), porém, “a aplicação do princípio da equidade às políticas públicas é pré-requisito para a garantia de igualdade de acesso às ações e aos serviços públicos de saúde.”

Segundo Gebran Neto, no art. 7º da Lei 8.080 de 1990, consta um dos princípios norteadores do próprio Sistema Único de Saúde, o princípio da integralidade. Tal preceito não se trata da tentativa de assegurar toda a população individualmente, mas sim, estabelecer que o poder público busque progressivamente, através das políticas públicas sanitárias, melhorar a cobertura de saúde, o atendimento e adesão a novos procedimentos, tecnologias e medicamentos (GEBRAN NETO, 2014, p. 7).

Assim, o SUS se mostra um caminho para a efetivação do direito à saúde, porém, não devendo ser o único meio. Demais rumos podem e devem ser tomados na busca do cumprimento do dever estatal de garantir o acesso à saúde. Garantir habitação, saneamento básico, boa alimentação, boas condições de trabalho, dentre outros, estão entre os direitos que implicam em uma condição básica de saúde (VIEIRA, 2020).

Todas esse esforço legislativo trouxe importantes resultados para a saúde no país. Conforme Viacava *et al.* (2018, p. 1757) através de uma análise das últimas três décadas, o percentual de pessoas que fizeram uma “consulta médica nos últimos 12 meses” foi de 54,7% em 1998 (primeiro ano da pesquisa), passando a ser de 74,2% em 2013 (último ano desta). Tal estatística possibilita o monitoramento da acessibilidade dos serviços de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 22).

Não somente isso, segundo Teixeira *et al* (2018), uma das grandes mudanças positivas trazidas pelo SUS foi o controle de determinadas doenças transmissíveis. Por exemplo, a Raiva, que é uma doença que tem uma taxa de letalidade de quase 100%, na década de 80 tinha média de 76,4 casos por ano. Já na década seguinte, este número era de 36,4. Nos anos de 2011 a 2017 essa estatística variava entre 0 a 6 infectados ao ano (TEIXEIRA *et al.*, 2018, p. 1822).

Outro exemplo é a tuberculose. Enquanto no ano de 1981 foram detectados 86.411 casos, 71,3/100.000 habitantes; em 2016 foram 66.796 casos, 32,4 /100.000 habitantes. Desta forma, houve uma redução de 22,7% de novos casos (TEIXEIRA *et al.*, 2018, p. 1823).

Segundo Teixeira *et al* (2018), a queda na mortalidade por doenças transmissíveis caiu de 12% em 1980 para 4% em 2015. Conforme Pinto e Giovanella (2018, p. 1907), essa melhora dos números na saúde é um efeito da “ampliação do acesso à atenção básica no país, e pode ser constatada pela expansão das equipes de saúde da família implantadas nos últimos 20 anos”. Há, neste sentido, uma significativa mudança nos dados dos domicílios cadastrados em unidades de família no país, demonstrando um resultado positivo na atenção à saúde.

Além desta melhoria nos números acerca da mortalidade, o número de profissionais de saúde vem aumentando consideravelmente nestas últimas décadas. O número de enfermeiros e médicos por mil habitantes aumentou 64% só na década de 1990, por exemplo (NUNES; SANTOS; BARATA, 2001).

Agregue-se que, devido ao modelo assistencial adotado pelo SUS, buscando o tratamento precoce, ampliando os serviços ambulatoriais, houve uma redução nos leitos SUS por mil habitantes, e um aumento em 19,7% dos serviços ambulatoriais (NUNES; SANTOS; BARATA, 2001).

Vieira (2020, p. 17), expõe que entre os anos de 2008 e 2013 o número de consultas médicas, odontológicas e hospitalizações cresceu, chegando a uma cobertura populacional estimada de equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) foi referida por 65 % das pessoas carentes no ano de 2013.

De acordo com Macinko e Mendonça (2018, p.21), acessibilidade e utilização “são atributos essenciais da atenção primária porque se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção”. Segundo os autores, é imprescindível para a eficácia da atenção primária que se saiba seu foco, e este por sua vez, deve ser no indivíduo e não na doença. Desta forma, cria-se um vínculo, possibilitando o “desenvolvimento de registros e outras informações mais

qualitativas, os profissionais de APS ganham conhecimento profundo sobre o indivíduo, sua família e a comunidade em que vivem.” (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p.21).

Após a sua implementação o Sistema de saúde resultou em profundas mudanças no paradigma da saúde no Brasil, ampliando serviços, número de profissionais e o acesso propriamente dito da saúde. (VIACAVA *et al.*, 2018). No entanto, o sistema enfrenta diversos problemas, fazendo com que o seu objetivo primordial de garantir o acesso universal à saúde seja prejudicado.

Segundo Fachinni, Tomasi e Dilélio (2018, p. 2011), essa consolidação da Assistência Primária à saúde pode ser entendida como um dos maiores avanços em termos de política pública no país. Atribui-se, tal avanço à “expansão e manutenção da cobertura Estratégia Saúde Família (ESF) que provocou aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro”, desta forma trazendo uma melhoria no que concerne ao acesso sanitário no Brasil.

O Brasil é um dos países maiores índices de desigualdade socioeconômica do mundo. Tal desigualdade pode ser evidenciada ao analisar seus aspectos mais internos, como acesso ao saneamento básico, escolaridade, renda, dentre outros. Todas essas questões acabam implicando nas desigualdades do acesso à saúde (VIEIRA, 2020).

Mesmo com todas as melhorias promovidas pelo SUS, o país está longe da oferta sanitária universal. Conforme Vieira (2020, p. 17), um dos pontos mais evidentes da desigualdade sofrida é adesão a planos privados de saúde por parte dos grupos mais ricos, além da “redução da velocidade de queda das desigualdades no período entre 2008 e 2013, que pode ser ainda mais afetada pela crise política e financeira recente.”

Além disso, o autor afirma que há uma relação entre as diferenças de acesso e qualidade dos serviços de saúde e os fatores socioeconômicos brasileiros. Ao analisar a saúde da mulher a cobertura pelo exame de rastreamento de câncer de colo de útero e câncer de mama é significativamente maior nas mulheres residentes nas regiões Sul e Sudeste, com maior escolaridade e plano de saúde. No caso do câncer de mama a maior parte desta

desigualdade é resultado da falta de oferta de mamografias nas regiões menos favorecidas (VIEIRA, 2020, p.18).

Desta forma, a oferta de saúde por região no Brasil ainda mostra-se muito desigual. Enquanto o Norte e Nordeste se situam as últimas posições, a região Sudeste ainda dispõe de melhores condições de acesso à saúde. Algumas das causas atribuídas a esta situação são a oferta de trabalho maior na região, maior quantidade de serviços especializados, mais empresas relacionadas à área da saúde e melhores condições de vida (NUNES *et al.*, 2001).

Ainda assim, ao analisar as últimas 4 décadas de atuação da saúde pós Constituição Federal de 1988 é possível afirmar que o projeto de saúde ainda encontra-se distante do que pode alcançar. As posições socioeconômicas em que figuram certos grupos os impossibilitam de serem plenamente atendidos em suas necessidades, e não é raro encontrar condições precárias de atendimento ou até mesmo ausência de atendimento (SANT'ANA, 2018).

Conforme Paim (2018, p. 88), após duas décadas de SUS, as ações foram se avolumando, tanto as pequenas quanto as grandes. Questões envolvendo transplantes, SAMU, vigilância, políticas sociais, além do atendimento chegara ser de aproximadamente um milhão de pessoas por dia.

Registrem-se, ainda, que outros obstáculos dificultaram ao longo dos anos a obtenção de uma maior qualidade do atendimento na saúde. O modelo médico-assistencial focado no privado que acabou pautando alguns aspectos do SUS bem como as próprias desigualdades decorrentes do próprio federalismo brasileiro são alguns destes reveses (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Desta forma, o direito à saúde no Brasil sofreu grande mudança com o advento da Constituição Federal de 1988, que trouxe, não somente o direito à saúde como direito social, como também um alinhamento com a OMS no sentido do conceito de saúde, que deve ser uma saúde preventiva e não somente curativa. Bem como, viabilizou a criação do Sistema Único de Saúde. Assim, pavimentando o caminho para um acesso universal e igualitário à saúde. No entanto, tal acesso ainda está distante da meta a ser alcançada. É perceptível ainda, evidentes discrepâncias nos níveis de saúde no Brasil. A exemplo das

regiões Norte e Nordeste que ainda são as que detém de menores indicadores de acesso saúde.

3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTA DE EFETIVAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS

A Judicialização vem sendo utilizada como forma de efetivar o direito à saúde daqueles que não conseguem concretizá-lo pelas vias comuns. Casos em que o medicamento não consta nas listas do SUS, ou em que o tratamento recomendado não é utilizado pelo sistema público são cada vez mais recorrentes. Assim, tal situação faz com que cidadãos, grande parte hipossuficientes, recorram às vias judiciais no intuito de ter suas demandas atendidas.

Contudo, as consequências das decisões ativistas e o aumento do número de ações judiciais vêm causando preocupação não somente pela alta interferência do Poder Judiciário nos demais poderes, como também no desarranjo econômico das contas públicas causadas por estas demandas.

3.1 O ATIVISMO JUDICIAL E A JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

Primeiramente, é necessário entender que no mundo ocidental após a Segunda Guerra Mundial houve um crescimento exponencial no sentido da justiça constitucional. Este período ficou marcado pela transição entre o Estado Liberal e o Estado Social, desta forma proporcionando que a população pudesse recorrer o Poder Judiciário na busca da efetivação de seus direitos não concretizados pelo Legislativo ou Executivo (BARROSO, 2012).

Desta forma, é com o pós-guerra e surgimento do Estado Social, e conseqüentemente um enfoque maior nos direitos sociais, que se criou uma necessidade/possibilidade de utilizar o Judiciário para obter efetivação do direito. Assim, conforme Ribeiro (2018):

(...) a expansão do Direito Constitucional ocorrida após a Segunda Guerra Mundial, com a conquista de novos direitos sociais, culturais e econômicos e a decorrente expansão do Estado-Providência, elevou a questão do acesso à justiça a uma espécie de elo que, uma vez atendido, proporcionaria a ação da justiça. Pelo oposto, ou seja, a impossibilidade de acesso à justiça, por si só acarretaria desde o início a denegação de toda e qualquer justiça. Ainda segundo aquele autor, a tramitação processual não poderia ser reduzida a uma dimensão iminentemente técnica e socialmente neutra, devendo investigar as

funções sociais e o modo como as opções técnicas acarretavam consequências sociais às partes envolvidas na disputa – circunscrevendo, portanto, a necessidade de que a ciência jurídica não se enclausure e busque as contribuições de outras áreas do saber (RIBEIRO, 2018, p. 66).

Como um dos primeiros casos em que deliberadamente houve a citação do termo “ativismo judicial” há o processo judicial *Brown v. Board of Education* nos Estados Unidos. Trata-se de um processo em que a *National Association for the Advancement of Colored People* (NAACP), uma associação defensora dos direitos civis de pessoas negras, buscou judicialmente a discussão acerca do índice de separação entre brancos e negros, além da baixa qualidade do ensino nas instituições voltadas para a comunidade negra (OLIVEIRA, 2021).

A referida ação foi julgada em 1954 e deu-se provimento ao pedido da associação, com o reconhecimento que a segregação racial era inconstitucional. Foi nesse contexto que houve uma maior ingerência do Judiciário em questões de cunho social, o que fez surgir a expressão “ativismo judicial” (OLIVEIRA, 2021).

No caso, segundo Oliveira (2021, p. 22), o Judiciário estadunidense acabou por “realinhar o sistema educacional *dual*, dando efetiva vigência a valores constitucionais não atendidos adequadamente por políticas, *case* que acabou iluminando diversas outras cortes constitucionais, como a brasileira, por exemplo”.

Por outro lado, quando se trata da “judicialização”, segundo Barroso (2012, p. 24), significa dizer que “algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgão do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: O Congresso Nacional e o Poder Executivo.” Portanto, tal fenômeno se apresenta como, de certa forma, “uma transferência de poder para juízes e tribunais”.

Sobre a expressão judicialização, Ribeiro (2013) aponta que:

A expressão judicialização tem sido utilizada há algumas décadas e pretende significar um espaço maior no espectro de decisões, inclusive de natureza política, que passou a ser ocupado pelo Poder Judiciário. No âmbito da Teoria dos Sistemas Sociais, conforme desenvolvida por

Niklas Luhmann, o Judiciário centraliza o sistema jurídico². E, ainda, o Judiciário é classificado como integrante do sistema de organizações, no gênero sistemas, juntamente com os sistemas sociais e com os sistemas de interação. As organizações cumprem a função decisional na Teoria dos Sistemas Sociais (LUHMANN, 2005). A Administração do Estado (o Executivo) também é compreendida como um sistema de organização, que sofre uma sobrecarga organizativa (LUHMANN, 2002, p. 114). (RIBEIRO, 2013, p. 26).

De outro modo, Orsatto (2015) trata da importância do modelo liberal para o a garantia dos direitos sociais, influenciando a tendência de a sociedade recorrer às vias judiciais, o autor destaca que:

A evolução histórica do Estado, principalmente a partir do modelo liberal, é fundamental para uma abordagem das tensões do Estado Contemporâneo, pois é no âmbito do liberalismo que “os direitos sociais são condições da liberdade.”

É a partir do Estado liberal que se proclamam os direitos fundamentais do homem; a partir das revoluções americana e francesa, com a ascensão da burguesia e a limitação da interferência do Estado na economia— a qual ficou conhecida como primeira fase do Estado liberal.

Não obstante, a insatisfação especialmente da classe trabalhadora explorada pelo poder econômico, apesar da consagração dos direitos fundamentais, exige um novo paradigma de Estado. É a segunda fase do Estado liberal na qual se mantém os direitos conquistados na primeira fase (ORSATTO, 2015, p. 246).

Ademais, a discussão no Brasil acerca da expansão no exercício jurisdicional cresce quando houve, em 2007, o julgamento dos mandados de injunção 670, 708 e 712 pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Nesta situação, debateu-se a ocorrência de certa omissão do legislativo em regulamentar o direito de greve para os servidores públicos (OLIVEIRA, 2021).

Os julgados em questão podem servir de marco no sentido de uma atuação ativista do Judiciário já que ao indicar que houve mora legislativa, as decisões proporcionaram um “direito constitucionalmente estabelecido, mas dependente de lei, e muitas vezes, de políticas públicas [...]” (OLIVEIRA, 2021, p. 27).

A Constituição Federal, ao trazer em seu art. 1º o princípio da dignidade da pessoa humana e, ao longo de seu texto, uma série de direitos fundamentais,

permitiu que se exigisse do Estado o cumprimento dos dispositivos constitucionais, tornando possível a judicialização (CARDOSO, 2017).

Além disso, a judicialização pauta-se na garantia dada pela Carta Magna em seu art. 5º, XXXV, em que trata do acesso à justiça como direito material, social e fundamental, permitindo que o Poder Judiciário estenda seu entendimento acerca dessa prerrogativa (VENTURA; SIMAS, 2021).

Neste sentido, Weslley Carlos Ribeiro (2018) afirma que:

No Brasil, a assistência jurídica gratuita foi prevista em 1988 como um serviço oficial, prestado por um órgão público, com mecanismos para a implementação de direitos e garantias legais, para uma melhor distribuição da justiça e para o alcance da pacificação social. Ainda para a ampliação dos serviços de assistência jurídica, a Emenda Constitucional n. 80/2014, estabelece no artigo 98 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que, no “prazo de 8 (oito) anos, a União, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com defensores públicos em todas as unidades jurisdicionais” e ainda que “a lotação dos defensores públicos ocorrerá, prioritariamente, atendendo as regiões com maiores índices de exclusão social e adensamento populacional”. Na esfera de proteção dos direitos coletivos e difusos, por sua vez, a instituição da ação civil pública pela Lei n. 7.347/198510, vem estabelecer importante instrumento de defesa desses direitos, similar à *class action* nos Estados Unidos da América (RIBEIRO, 2018, p. 67).

Assim, devido a expansão da democracia e do conseqüente exercício da cidadania houve a possibilidade deste exercício ocorrer pelas vias judiciais. Entretanto, a judicialização também é fruto de falhas nos Poderes Legislativo e Executivo (FLEURY, 2012).

Segundo Ventura e Simas (2021, p. 1995), inclui-se também questões no que tange “à educação para os direitos, a cultura jurídica, o conhecimento e a consciência dos direitos, a facilitação do seu uso, a representação jurídica e judiciária por profissionais, a resolução judicial e não judicial de conflitos”.

Há uma certa confusão de conceitos entre o Ativismo Judicial e a Judicialização. Porém, tais conceitos possuem semelhanças e quase sempre estão juntos, mas não iguais. Enquanto no Brasil a judicialização tem origem no próprio modelo constitucional, o ativismo judicial decorre da forma em que é

interpretada a Constituição, levando a uma expansão em seu sentido e abrangência (BARROSO, 2012).

Acerca das origens da judicialização, Machado e Martini (2018) explicitam que tal fenômeno utilizou-se do crescimento que o Poder Judiciário obteve nas últimas décadas, demonstrando que os demais poderes não supriam as necessidades sociais:

O fenômeno comporta múltiplas causas. Voltando os olhares para o ordenamento jurídico pátrio, a força normativa da Constituição de 1988 seguida da constitucionalização abrangente, a expansão da jurisdição constitucional e a ineficiência dos Poderes Legislativo e Executivo, foram causas seminais para a judicialização (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 778).

Além disso, outras causas também são apontadas para a judicialização e ativismo judicial. Uma delas pode ter ligação com a redemocratização após a Constituição Federal de 1988, período no qual o Poder Judiciário de fortaleceu e expandiu enquanto houve um concomitante aumento na demanda judicial (BARROSO, 2012).

Conforme Orsatto (2015, p. 241), “a soberania popular representa o valor mais relevantes da democracia constitucional e o poder da sociedade para a conformação do Estado na realização do bem comum mediante a sua função social.” O autor também acrescenta a dignidade da pessoa humana como guia do Estado Democrático de Direito. Tal questão viabiliza a atuação do Poder Judiciário visando garantir tais valores mediante intervenção nas lacunas do Poder Legislativo e Executivo.

Também, uma das questões que permeiam a origem da judicialização é sua decorrência da complexidade da sociedade. Da mesma forma que a organização social evoluiu, os litígios também cresceram, fazendo-se presentes, conseqüentemente, no Judiciário (RIBEIRO, 2013).

Destarte, a essência do neoconstitucionalismo, ou pós-positivismo, está dentre as fontes da judicialização. No Brasil, isto é ainda mais visível pelas características analíticas e recente da Constituição brasileira, e seu impacto na coletividade. Assim, os Direitos Humanos e o acesso à informação possuem um

papel fundamental para que os cidadãos exerçam seus direitos fundamentais (RIBEIRO, 2013).

Neste seguimento, Luís Roberto Barroso, atenta para questão da “constitucionalização abrangente”, em que muitos temas antes atendidos no processo político, e na própria legislação ordinária, foram levados à Carta Magna. Acrescenta ainda, que “o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade é um dos mais abrangentes do mundo”, proporcionando que o Judiciário deixe de aplicar determinada lei em um caso concreto se considerar tal norma inconstitucional. Desta maneira, favorecendo o cumprimento da causa social ao invés do cumprimento estrito da lei (BARROSO, 2012, p. 24).

Neste sentido, Clara Machado e Sandra Regina Martini afirmam que o contexto sócio-político do Brasil:

(...) coordenado por uma Constituição Dirigente, permitiu o redimensionamento do papel do Judiciário, com a conseqüente judicialização da política, mas essa intervenção deve ser excepcional e deve focar na natureza coletiva dos direitos materializados através de políticas públicas. Ademais, o Judiciário não pode se furtar ao diálogo e decidir unilateralmente no tocante a políticas públicas (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 778).

Acerca da característica dirigente da Constituição brasileira, infere-se que ela “objetiva uma mudança social, indo além de representar um simples elenco de instrumentos de governos”. Fato nítido ao analisar a inúmera quantidade de “programas e metas a serem atingidos pelo Estado e pela sociedade” (MARTINI; OLIVEIRA, 2008, p. 284-285).

Observa-se que da omissão dos Poderes Executivo e Legislativo junto ao cumprimento dos direitos fundamentais a partir das políticas públicas, cabe ao Judiciário intervir dentro de sua atividade típica. Tal ação deve ocorrer no intuito de promover o “mínimo existencial”,⁵ princípio que se faz fundamental no escopo da judicialização e ativismo judicial. Por outro lado, esta intervenção deve ter a preocupação de analisar cada ponto do caso concreto. Do contrário, pode haver

5 Segundo Alexy (2008, p. 434) o “mínimo existencial”, pode ser entendido como o grau mínimo de satisfação dos direitos fundamentais sociais.

uma violação na atividade política do Estado (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015).

Desta maneira, o Judiciário não deve servir para substituir os demais entes no tocante às políticas públicas. Deve atuar em cooperação com o Legislativo e Executivo a fim de executar os princípios e direitos sociais propostos na Constituição Federal (MACHADO; MARTINI, 2018).

Não pode haver apenas a disposição do direito em lei, para que haja a efetivação deste, é necessário o perfeito funcionamento de um Estado Democrático de Direito. Com isso, a judicialização e o ativismo judicial podem servir como ferramentas que colocam em prática este preceito. Conforme trata do assunto (ORSATTO, 2015, p. 247):

A mera proclamação no texto constitucional, segundo Cláudio Pereira de Souza Neto, "(...) converte-se em letra morta se não se atribuem aos cidadãos condições efetivas (...)” – "(...) ao concretizar direitos sociais, o Judiciário está promovendo a liberdade individual, garantindo as condições materiais para sua manifestação concreta” e, em consequência, conclui: “A atuação judiciária no campo social não é, portanto, incompatível com o liberalismo. Ao contrário, encontra no pensamento liberal alguns de seus principais argumentos de justificação”.

Desta maneira, “o Estado Social não corresponde com o seu fim proposto”. Neste sentido, não há como somente a Constituição de um Estado busque fornecer garantias à população sem que haja aqueles que coloquem em prática os princípios e normas dispostos no texto constitucional (ORSATTO, 2015, p. 249).

Portanto, a atividade do Poder Judiciário em interpretar não somente a letra da Lei Maior, mas também os princípios que a regem servem para “efetivar as promessas constitucionais e resgatar a natureza histórica dos direitos que o papel da intervenção do Poder Judiciário passa a examinar questões de natureza social” (ORSATTO, 2015, p. 249).

Sobre o tema Andrade (2011) aduz que:

(...) não basta existir norma infraconstitucional que regule os direitos insculpidos na Constituição e denominados “programáticos”, é preciso vontade política para concretizá-los e, quando da inércia dos

demais poderes, o Judiciário é o último front para plena concretização dos direitos prestacionais e, pelo que verificamos, em nome da dignidade da pessoa humana e calcada nos direitos de fraternidade, há uma efetiva concretização de tais direitos. (ANDRADE, 2011, p. 13).

Em contrapartida a essa questão surge o princípio da “reserva do possível”,⁶ que por vezes apresenta-se em antagonismo ao mínimo existencial, e que se mal interpretado pode ser um óbice para o cumprimento dos direitos sociais. Mas que, em suma, serve de contrapeso e segundo Nunes, Coutinho e Lazari (2015, p. 2018), “a depender das circunstâncias fáticas, pode ser necessário o cumprimento obrigatório de uma decisão, como no caso da concessão de remédios para a garantia do direito fundamental à saúde.”

A utilização da argumentação baseada neste princípio é falível, visto que pode propiciar que a ideia de que a acumulação financeira sobrepõe os direitos sociais. Neste sentido, Fleury (2012) argumenta que tal princípio parece contraditório com a posição do Brasil acerca da progressão dos gastos com direitos sociais:

A redução sistemática da contribuição da União para o SUS faz parte deste problema, e mereceria apelação à Corte Interamericana por infração praticada por país signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, cujo artigo 26 afirma que os governos assegurarão a progressividade dos direitos económicos, sociais e culturais (PINTO; FLEURY, 2012). No entanto, essa progressividade vem sendo substituída por uma tendência minimalista - no nosso caso, reducionista -, evidente no cenário internacional com a adoção da Iniciativa do Piso de Proteção Social (PPS), impulsionada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (OMS, 2011), já assinada por vários países, inclusive o Brasil, e referendada expressa no Relatório da Conferência Rio+20 (2012, item 156). Estas duas convenções internacionais firmadas pela nossa nação, uma delas propugnando o gasto progressivo com os direitos sociais e a outra se conformando 'temporariamente' com os pisos mínimos, estão em fragorosa contradição, merecendo a atenção de nossos juristas (FLEURY, 2012, p. 160).

No entanto, tal princípio deve servir no intuito de evitar gastos exorbitantes nestas ações judiciais, de modo a impedir que haja um desequilíbrio das contas públicas. Nesta perspectiva Nunes, Coutinho e Lazzari, (2015) entendem que:

6 Segundo Stiborski (2015, n. p.) “A expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas.” Ou seja, serve para indicar uma limitação orçamentária no sentido da prestação estatal dos direitos fundamentais.

De todo modo, a reserva do possível não pode ser analisada de modo subjetivo por quem não concorda com a decisão e não pretende cumpri-la. A depender das circunstâncias fáticas, pode ser necessário o cumprimento obrigatório de uma decisão, como no caso da concessão de remédios para a garantia do direito fundamental à saúde (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015, p. 2018).

No tocante ao ativismo judicial, este se instala, segundo Barroso (2012, p.25), “em situações de retração do Poder Legislativo, de um certo deslocamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que as demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva.”

Não necessariamente decisões ativistas são negativas, pois o Poder Judiciário está amparando às pessoas que tiveram, de alguma forma, suas demandas negadas, porém, tais decisões devem ser pontuais, já que correm o risco de gerar consequências indesejadas para a própria sociedade (BARROSO, 2012).

Conforme Silva e Schulman (2017):

Em outros termos, estruturou-se sistema em que a via judicial torna-se caminho tão natural quanto indispensável diante de qualquer negativa, não importando sua natureza ou pertinência. Se na via administrativa a crítica se concentra nas limitações, no tocante à atuação do Judiciário a preocupação com grande frequência se dá em torno de concessões potencialmente excessivas, sendo que a virtude do meio termo tem sido alvo de duros debates. Com efeito, são frequentes as decisões judiciais para que leis e portarias sejam superadas em benefício da necessidade específica de determinado paciente (SCHULLMAN; SILVA, 2017, p.292).

Ademais, a judicialização é um meio de acesso à justiça, e consequentemente exercício da cidadania e da democracia. Portanto, impedir que se tenha resolução de seus conflitos é impedir que se exerça tais direitos. Além disso, a judicialização por si só possui barreiras, como os custos, morosidade e formalismos (BRANCO, 2008).

Mesmo que no microuniverso do caso concreto e para sua resolução, discute-se a capacidade do ativismo judicial de criar novas normas, e suas consequências. Ora, à primeira vista pode-se dizer que está havendo uma usurpação de poder, no entanto, há neste fenômeno a realização de uma interpretação não só da Constituição, como também dos princípios que a

norteiam. Assim, há uma defesa dos direitos fundamentais. Desta maneira, retoma-se a discussão ao ponto de que o revés está na quantidade de decisões de cunho ativista, e não na decisão em si (COELHO, 2015).

Neste viés, a questão a ser levantada é que tal atitude, como mencionado, é positiva, embora flerte com o que diz respeito à falta de legitimidade democrática do Judiciário para intervir em questões de entes eleitos popularmente. Assim, uma possível afronta ao princípio da separação dos poderes também é levantada já que há uma ingerência nas atividades típicas de outros poderes (GALVÃO, 2015).

Em verdade, tal comportamento é visto por Galvão (2015) como:

Proativo (e, por raras vezes, antecipador à função típica dos demais poderes constituídos do Estado), desempenhado pelo Judiciário (especialmente, em termos da jurisdição constitucional), mediante procedimento interpretativo-constitucional, com a justificativa de suprir ou corrigir deficiências ou insuficiências posturais das demais funções estatais (legislativa e administrativa), tendo o nítido escopo de melhor garantir, a partir de decisões judiciais, a correspondência do Estado com os valores albergados nas normas constitucionais (em especial, as normas-princípio), principalmente os ligados à proteção e ao aprimoramento dos direitos fundamentais e ao controle e/ou à racionalidade do exercício do poder estatal. (GALVÃO, 2015, p. 90).

Desta maneira, o ordenamento jurídico não é composto por normas a serem aplicadas friamente: nele também há princípios dotados de maior fluidez. Neste sentido, uma atitude mais intensa por parte do Judiciário propõe-se a ser mais eficaz na resolução dos casos concretos, assim observando mais o caráter da lei maior que a aplicação restrita da literalidade jurídica (GALVÃO, 2015).

Com efeito, no ativismo judicial, deve haver uma preocupação com a pauta do caso concreto. Desta forma, o órgão judicial deve buscar uma efetivação das normas preconizadas na Constituição, respeitar suas diretrizes e entender a atuação de cada um dos poderes. Evitando, assim, uma usurpação de competência, e focando em uma forma de auxiliar a concretização dos direitos fundamentais (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015).

Assim, verifica-se que há nos demais poderes (Legislativo e Executivo), uma carência no que tange à concretização das normas constitucionais. Tais

entes enxergam na literalidade um objetivo, ou mesmo uma base para sua atuação. Com relação ao poder Legislativo, conforme Galvão (2015, p.91), há uma “persistência de lacunas normativas provenientes da inércia regulamentadora a partir de decisões legislativas ou de sua má elaboração” assim, “comprometendo situações sociais que se tornam conflituosas e que acabam sendo levadas à análise do judiciário”.

E quando se trata do Poder Executivo, o autor explica que “tem-se, muitas vezes, a inércia camuflada na noção de discricionariedade administrativa ou mérito administrativo, refletindo principalmente na adoção de políticas públicas em diversos setores”. (GALVÃO, 2015, p. 91).

Desta forma, questiona-se quando aqueles que detinham o dever de prestar determinados serviços à sociedade falham, outro poder pode vir a prestar tal serviço dentro de suas capacidades. Bem como se há, dentro do Estado Democrático de Direito a real necessidade de tais interferências, mesmo que de forma a efetivar direitos fundamentais (GALVÃO, 2015).

Por outro lado, dentre as consequências do excesso tanto da judicialização quanto do ativismo judicial, há o “risco à legitimidade democrática”. Segundo Barroso (2012, p.28), em razão de os membros do Poder Judiciário não serem de fato, agentes públicos eleitos, apesar de desempenharem um poder político, e nestas ocasiões adentrando até mesmo as atividades dos outros dois poderes, deve ser ponderado se o Judiciário tem legitimidade para invalidar tais atos, os quais foram realizados por aqueles eleitos pelo povo, assim, ameaçando a legitimidade democrática.

Além deste, também é citado pelo autor, o “risco de politização da justiça”. Segundo ele, o direito não é política, mesmo que a própria Magna Carta encontra-se tanto no campo político como no jurídico. Entretanto, sua interpretação sempre estará pautada por opiniões políticas, porém sempre limitada pelo próprio direito. Assim, a politização da justiça pode incorrer em um favorecimento de certos grupos em detrimento de outros (BARROSO, 20102).

Bem como, conforme Delduque e Castro (2015), quando se fala em politização da justiça, é o equivalente em tratar de judicialização da política. Desta forma, há um alargamento do poder decisório do Judiciário, adentrando em outras searas que não a do processo, mesmo que indiretamente.

Segundo Fleury (2012, p. 159), “a judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis.” Esta tutela coletiva, em certas searas como a da saúde, por exemplo, é fundamental para sua defesa, e o fato de surgirem cada vez mais medidas judiciais que exigem do Estado a organização de centrais de leitos de UTIs, ao invés de importação e compra de medicamento exótico, por exemplo, demonstra isto. O exercício da cidadania, e o acesso à justiça é ainda mais forte quando parte da judicialização que garante a tutela coletiva ao invés da individual (FLEURY, 2012).

Segundo Carvalho (2018), surge no Superior Tribunal de Justiça (STJ) uma discussão neste sentido acerca da prestação do direito coletivo ou individual. Se por um lado “a participação do Judiciário significa a fiscalização de eventuais violações por parte do Estado na atenção à saúde. Mas, de outro, o excesso de ordens judiciais pode inviabilizar a universalidade da saúde, um dos fundamentos do SUS.” (CARVALHO, 2018, p. 73).

Neste sentido, Cardoso (2017) destaca que:

A judicialização, tornada excessiva, trouxe grande prestígio ao Poder Judiciário e aos seus julgadores, chegando ao ponto de tanto o Supremo Tribunal Federal quanto o Superior Tribunal de Justiça se autoproclamarem Tribunais da Cidadania. As associações de classe dos magistrados brasileiros propalam, como grande feito e responsabilidade, a garantia dos direitos de saúde da população como uma das suas bandeiras institucionais. (CARDOSO, 2017, p. 53).

Em se tratando da separação dos poderes, tal questão é vista como uma proteção dos direitos fundamentais, evitando assim, um possível exercício arbitrário por algum dos âmbitos do Estado. De mesma forma, impõe um controle mútuo, um sistema denominado de “freios e contrapesos”, essencial para harmonia em um Estado Democrático de Direito (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015).

Sendo assim, dentro dessa questão é discutido acerca da “capacidade institucional do Poder Judiciário”. Visto que este sistema serve para impedir que um poder sobressaia aos demais. Portanto, nem toda e qualquer situação deve ser decidida por um juiz ou tribunal. Nem sempre estes têm capacidade técnica e científica para avaliar o caso, desta maneira, não é difícil que ocorram decisões com consequências danosas, possibilitando que ocorram decisões que coloquem em risco a continuidade de políticas públicas e desarranjando os recursos públicos (BARROSO, 2012).

Há, neste sentido, um efeito reverso na intervenção judicial, causando uma “desestabilização no próprio sistema e inviabilizando a concretização de inúmeros direitos sociais, de caráter eminentemente coletivo e não individual”. Bem como, parece trazer impactos negativos para a justiça distributiva e para o funcionamento da democracia” (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 779).

Por outro lado, o princípio da separação dos poderes não pode servir como empecilho à concretização dos direitos fundamentais, já que esta interpretação é contrária ao próprio intuito deste princípio (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015).

Entende-se que a falta de recursos é um dos principais problemas a serem evitados quando se trata da concretização dos direitos fundamentais. Questões referentes à ordem jurídica são obstáculos para o ativismo judicial, visto que muitos dos direitos sociais na Lei Maior são considerados “normas constitucionais programáticas”⁷ (NUNES; COUTINHO; LAZARI, 2015).

Há no ativismo uma certa determinação para que o poder público acate determinadas imposições, que o mesmo não o fez em matéria de políticas públicas. E a questão que vem se mostrando mais proeminente é a

7 O conceito das normas constitucionais programáticas, segundo Pimenta (2012, p. 9), é definido como, “(...) como regras constitucionais que buscam conciliar interesses de grupos políticos e sociais antagônicos, apresentando conteúdo econômico-social e função eficaz de programa, obrigando os órgãos públicos, mediante a determinação das diretrizes que estes devem cumprir.”

determinação para que o Estado custeie certas terapias e/ou insumos pela via judicial (BARROSO, 2012).

Conforme Ribeiro (2013, p. 32-33):

A judicialização acentua a realização de um deslocamento da lei abstrata (do legislador) para a lei concreta (do juiz) – mas tudo inserido no sistema jurídico. A desjudicialização estabelece-se a partir do limite do Judiciário, que não consegue satisfazer (dar a solução), daí fazendo nascer outras possibilidades mais satisfatórias de solução dos conflitos de interesses

Segundo Fleury (2012), a judicialização mostra-se importante fonte de exercício à cidadania, no entanto, seu uso não deve ser excessivo, podendo acarretar uma série de dilemas. Além disso, “(...) deve-se buscar evitar que ela se transforme em fonte adicional de iniquidade, parâmetro que sustenta o direito e administração pública.” (FLEURY, 2012, p. 160).

Desta forma, nota-se que a judicialização e o ativismo judicial surgem principalmente do: direito ao acesso à justiça; da democratização ocorrida com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da omissão dos Poderes Legislativo e Executivo na prestação do direito. Tais fenômenos, sobretudo a judicialização, permitem que o cidadão que não obteve a concretização de seu direito possa recorrer às vias judiciais para isto.

No entanto, há no excesso de casos judiciais pontos a serem discutidos, como: a desestabilização do próprio sistema por atender o indivíduo ao invés do coletivo; o risco ao princípio da separação dos poderes; a politização da justiça e gasto excessivo que as decisões judiciais causam aos cofres públicos.

3.2 A BUSCA PELO ACESSO À SAÚDE PELAS VIAS JUDICIAIS

As relações entre direito e saúde se estreitaram nas últimas décadas desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as decisões ao longo dos anos favoráveis no sentido de intervirem nas gestões de saúde.

Assim, na década de 1990, com o avanço da AIDS, muitas pessoas acometidas com a doença recorreram ao Judiciário para obterem insumos e procedimentos para seu tratamento (VENTURA *et al*, 2010).

Suscitado por Ribeiro (2018), a judicialização da saúde:

entendido como “o envolvimento do Poder Judiciário na esfera política” – não é novo; é estudado desde a década de 1990, a partir dos primeiros processos judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos para o tratamento de HIV/Aids. Por sua complexidade e abrangência, envolvendo diversas áreas do conhecimento jurídico, o tema é discutido sob diferentes enfoques, como (a) a possibilidade da justiciabilidade de direitos sociais; (b) de a judicialização promover o antagonismo do direito social contra os pobres; (c) o interesse da indústria farmacêutica na distribuição de medicamentos de alto custo; (d) as falhas na Sistema Único de Saúde (SUS); entre outros. (RIBEIRO, 2018, p. 71).

Diante disso, para muitos cidadãos a busca pelo acesso à saúde se deu pelas vias judiciais, assim, independentemente do contexto político, o entendimento do Poder Judiciário foi o da obrigatoriedade do Estado em fornecer tais garantias aos requerentes, e ocorrendo principalmente nos casos em que estes são hipossuficientes (VENTURA; SIMAS, 2021).

Toda a problemática envolvendo concretização do direito à saúde através do Poder Judiciário surge, muitas vezes, pela limitação orçamentário do Estado. Assim, os pacientes que não obtém seu devido medicamento/procedimento recorrem às vias judiciais para acessá-los (RAMOS *et al*, 2020).

Conforme Sonia Fleury (2012), há uma relação entre o direito universal da saúde e o exercício da cidadania através do Judiciário:

Desde que a saúde se transformou em um direito universal e um dever do Estado (Art. 196 da CF/88), a dimensão jurídica da cidadania passou a ser progressivamente incorporada ao setor que antes se orientava apenas por pressupostos técnico-científicos e administrativos, na forma de organização e oferta dos serviços. O fato de a Constituição assegurar a integralidade do atendimento, mesmo que com prioridade para as atividades preventivas (Art. 198), tornou-se o principal argumento para que as necessidades insatisfeitas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) se transformassem em demandas judiciais

(...) a cidadania, como status jurídico e político a ser consolidado em cada situação concreta, é também O espaço de lutas pela democratização da esfera pública e do Estado. Ao assumir a saúde como direito universal de cidadania, sem requisitos de contribuição prévia ou prova de incapacidade, o seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício. Estas condições dependem das relações entre as forças sociais presentes na conjuntura. (FLEURY, 2012, p. 159).

Além disso, as definições constitucionais acerca do direito à saúde (como sua característica universal e dever de garantia por parte do Estado), contribui para que haja uma transformação das demandas que não foram atendidas ao cidadão em demandas judiciais (VENTURA; SIMAS, 2021).

Acerca de como o Judiciário não tem tanto traquejo com os direitos difusos, Delduque e Castro (2015) afirmam que:

O fato é que os conflitos envolvendo interesses difusos têm chegado ao Judiciário e esbarrado em julgadores que não contam com uma tradição legal, porque o direito difuso é um direito novo. Tampouco contam com farta bibliografia, pois ainda há pouca produção intelectual sobre o tema, e, muito menos, com precedentes de decisões dos tribunais superiores que representem um pensamento jurídico novo, fazendo com que as decisões aconteçam em uma seara absolutamente recente e não consensual. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Em termos quantitativos, e segundo o Conselho Nacional de Justiça, houve um crescimento exponencial nos últimos anos das demandas de saúde. Crescendo 130% entre 2008 e 2017, e os processos cresceram 50% neste período (CNJ, 2019).

O avanço com relação ao acesso à saúde pelas vias judiciais desde a Constituição de 1988 foram notórios. Entretanto, é igualmente observável a questão dos gastos relacionados a alta nas demandas, inclusive sendo apontada a falta de critérios decisórios como uma das causas deste gasto, colocando em risco o orçamento público e a saúde (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Neste sentido, os gastos também acompanharam o aumento do número de ações. Desta forma, em sete anos os gastos que o Estado teve com tais demandas multiplicou em 13 vezes, chegando a R\$ 1,6 bilhão no ano de 2016. Todo este valor que poderia ser aplicado na área da saúde acaba prejudicando toda a questão da aquisição de medicamentos, por exemplo, impactando no sistema como um todo (CNJ, 2019).

Segundo Ramos *et al* (2020, p. 100), quando se trata da judicialização para obtenção de medicamentos

“Esse cenário se acentua quando medicamento indicado ao tratamento é de alto custo, e, também, nos casos em que os pacientes estão inseridos em um grupo específico, como os pacientes infantis com doenças raras”

Desta forma, Alexandre Barbosa da Silva e Gabriel Schulman afirmam que há no desrespeito ao orçamento público uma infração à Lei de Responsabilidade Fiscal:

(...) os desafios alcançam ainda o plano orçamentário, com destaque ao desrespeito à Lei de Responsabilidade Fiscal, ao subfinanciamento da saúde e à confusão entre piso e teto dos aportes na saúde. Em atenção aos preceitos de igualdade, impessoalidade e mesmo para fins de organização, há (ou deve haver) preferência pela dispensa de medicamentos que integram o protocolo do SUS. Todavia, tendo em vista a natureza especialíssima do direito à saúde, tem-se determinado judicialmente, em caráter subsidiário, a oferta de fármaco fora da Rename quando demonstrada inexistência, ineficácia, incompatibilidade ou esgotamento do protocolo instituído pelo SUS, na medida do que é viável e razoável exigir do paciente (SILVA; SCHULMAN 2017, p. 292).

Assim, a problemática dos custos torna-se a maior preocupação na análise da judicialização da saúde. Tais valores advindos dos processos muitas vezes são um montante dos custos dos pedidos, sejam eles procedimentos ou insumos; multas por atraso; custas; honorários, dentre outras despesas processuais (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Além do mais, dentre os casos mais notáveis de judicialização da saúde houve o caso da “Pílula do Câncer” que seria uma cura milagrosa para a doença, conhecida cientificamente como Fosfoetanolamina. Sua eficácia não foi devidamente comprovada, muito menos aprovada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), no entanto gerou uma comoção nacional, fazendo com que apenas no estado de São Paulo, em um período de oito meses, houvessem 13 mil liminares solicitando o insumo à Universidade de São Paulo (CNJ, 2019).

Todas as decisões se fundamentaram na prestação estatal, previsto pelo direito constitucional à saúde e a responsabilidade solidária da União Estados e Municípios pela prestação assistencial no SUS. Portanto, pode-se afirmar que estes casos serviram de início da judicialização da saúde no Brasil (VENTURA *et al*, 2010).

O impacto gerado pelas judicializações afeta também na rede privada, direta ou indiretamente, cerca de 50 milhões de usuários. O que significa que problemas entre usuários e planos de saúde são constantemente levados ao judiciário, que atua tratando os termos de contrato e normas neste sentido (CNJ, 2019).

De outro modo, quando os usuários buscam em ações judiciais elementos não previstos contratualmente, há a criação de uma insegurança jurídica, além de resultar em mudanças nos custos de contratação destes planos. (CNJ, 2019).

Ainda segundo o Conselho Nacional de Justiça, as judicializações demonstram ser decorrências de falhas das autoridades públicas de Saúde no SUS, ou, em outros casos, se trata de insumos ou procedimentos não incluídos no sistema, feito através da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)⁸ e do Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP⁹) (CNJ, 2019).

Devido ao Poder Judiciário, em alguns casos, ignorar o caminho percorrido pelo paciente na obtenção de medicamentos, o CNJ organizou as Jornadas de Direito da Saúde, com o principal objetivo de “distanciar-se tanto de perfil burocrático que vislumbresse rol exauriente de procedimentos quanto de humanismo ingênuo que ignore que a saúde não tem preço, mas tem custos.” (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 292).

Deste modo, Silva e Schulman (2017) afirmam que o Enunciado 4 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ:

(...) também enfatizou que Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do

8 Segundo o portal do Ministério da Saúde o RENAME é “um elemento técnico-científico que oriente a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS” e serve norteador as políticas de medicamentos (RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME, 2020).

9 Conforme o portal Cartão SUS tal sistema tem a função de “auxiliar e fortalecer o processo de tomada de decisões no âmbito financeiro do SUS.” Para tanto, conta com valores, códigos da operação e detalhes dos procedimentos realizados pelo SUS. (SIGTAP..., 2021).

paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, III, da CF [Constituição Federal], pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco não protocolizado (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 293).

Todas essas medidas tomadas pelo Conselho demonstram a preocupação dos entes públicos e seu amadurecimento nesta questão. Porém tais atitudes ainda não são totalmente capazes de frear mais fortemente a judicialização da saúde (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Segundo Miriam Ventura e Luciana Simas:

O desafio prático no acesso à saúde e à justiça é traduzir os direitos e as prestações devidas pela Administração Pública em um sistema público que garanta procedimentos e serviços (como a saúde e a advocacia pública e gratuita) capazes de compatibilizar as dimensões coletivas e individuais dos direitos, interesses e responsabilidades governamentais em disputa, com mecanismos adjudicatórios eficientes. (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1992).

Em 2009, “a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) se consolidou após audiência pública promovida (...) reafirmando a dimensão subjetiva do direito à saúde e a legitimidade da intervenção do Judiciário nas políticas públicas.” O entendimento do Supremo seguiu o conceito de que o Estado tem o dever de demonstrar que há alternativa terapêutica no Sistema de Saúde para o caso do demandante (VENTURA; SIMAS, 2021, pp. 1993-1994).

A partir disto, foi se expandindo dentro das entidades, tanto as do âmbito judiciário quanto da saúde, um pacto acerca da exigibilidade, e passou-se a adotar cada vez mais “medidas de racionalização da utilização da via judicial”. (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1994).

Concomitantemente, houve a criação de uma política de resolução de conflitos por parte do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Dentre as entidades que fazem parte desta conjuntura, Miriam Ventura e Luciana Simas citam:

o Fórum Nacional do Judiciário para demandas em Saúde, com comitês nacional e estaduais (CNJ, 2010; CNJ, 2016a); os Núcleos de Assistência Técnica aos Juízes (NAT-Jus) para qualificação técnico-científica da prestação jurisdicional junto aos Tribunais (CNJ, 2016b); a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os magistrados de todo o país (CNJ, 2016c); as experiências locais de resolução extrajudicial de conflitos e a ampliação do acesso

às defensorias estaduais e da União (SIMAS; VENTURA, 2018). (SIMAS; VENTURA, 2021, P. 1994).

O Conselho Nacional de Justiça, em levantamento mais recente, apurou algumas considerações acerca da atuação do judiciário nas demandas de saúde. Segundo este relatório, algumas secretarias estaduais e municipais de saúde deveriam avaliar a frequência com que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes.

Assim, somente 2,6% das Secretarias Municipais de Saúde responderam que as políticas públicas são sempre consideradas, e aproximadamente metade responderam que “raramente” ou “nunca” as decisões consideravam tais políticas públicas. Além disso, poucas secretarias apontaram que as decisões observavam as orientações do Poder Executivo local para tomada de decisões (CNJ, 2021).

Outro levantamento, também junto das secretarias municipais e estaduais de saúde, foi realizado, no qual verificou-se o quanto do orçamento estadual e municipal em 2019 foi comprometido com cumprimento de decisões judiciais vinculadas à judicialização da saúde. Assim, chegou-se ao resultado de que 49,3% dos respondedores destinam até 10% de todo o orçamento municipal para o cumprimento de decisões judiciais. Além disso, 5,6% das Secretarias Municipais relataram que o cumprimento dessas decisões compromete mais de 30% do orçamento (CNJ, 2021).

Ademais, Silva e Schulman destacam que a Súmula 101 de 2016 do Tribunal Regional Federal da 4^o Região, traz a obrigatoriedade de um protocolo pré-estabelecido e provas da necessidade do pedido para que assim haja o deferimento judicial da prestação em saúde. Sendo assim, “a decisão judicial deve atentar e fundamentar a excepcionalidade.” (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 292).

Além disso, é fundamental a reflexão sobre a “existência de uma hierarquia entre a co-titularidade inerente aos direitos sociais e coletivos e a titularidade individual, ou direito subjetivo público”, visto que há o risco de

minimizar o social, podendo assim, aumentar as desigualdades na saúde (FLEURY, 2012, p. 160).

O fenômeno da judicialização no país, segundo Ventura *et al* (2010, p. 78), “expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente firmados nas leis internacionais e nacionais.” Assim, os autores concluem que além disso, “o fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos.”

Conforme suscitado por Maria Célia Delduque e Eduardo Vazquez de Castro:

O acesso a bens e serviços de saúde pela via judicial, no Brasil, vem evidenciando que o exercício do direito à saúde, pelos cidadãos, positivado em nosso ordenamento jurídico pela Carta Magna de 1988 (BRASIL, 2012), traz à tona a desordem de nossos sistemas político e jurídico com relação à garantia de direitos sociais.

Ao garantir um determinado bem ou serviço de saúde em juízo, como parte integrante do direito à saúde, o Poder Judiciário vem sendo acusado de exorbitar de suas funções de aplicar a lei ao caso concreto e interferir, reflexamente, nas políticas públicas que se destinam a garantir esse direito sob a perspectiva coletiva, prejudicando, assim, a equidade em saúde (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 507).

É inegável que o Sistema único de Saúde brasileiro trouxe à sociedade um grande avanço no que se refere ao acesso saúde. No entanto, de igual forma, é impossível atender a toda e qualquer demanda. Desta maneira, muitos brasileiros encontraram nas vias judiciais uma maneira de ter acesso às suas necessidades que não foram atendidas em primeiro plano pelo Estado (MACHADO; MARTINI, 2018).

Ocorre que há nesta forma de resolução um aumento desenfreado de casos, o que levanta o questionamento se tal situação não causaria distúrbios no próprio sistema de saúde e nas políticas de saúde. Ademais se constata que tal atitude não é uma resolução definitiva para a falta de efetivação dos direitos sociais, e, portanto, pensa-se em formas fora da seara judicial para solução destes problemas (MACHADO; MARTINI, 2018).

Segundo Ventura e Simas (2021), os já evidentes entraves do SUS, no que tange a capacidade de atendimento universal, ficam ainda mais claros por conta das judicializações. Mas, principalmente, expõem as deficiências do “sistema de justiça na resolução dos conflitos entre cidadãos e a administração pública” (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1993).

Desta forma, é reconhecido que a maior demanda judicial brasileira no âmbito da saúde é constituída por pedidos individuais e coletivos de, principalmente, medicamentos, que se dá pela negativa em fornecer o medicamento ou pelo tempo imposto ao indivíduo, considerando que, o Poder Executivo vem falhando na prestação da assistência farmacêutica, criando essa busca ao Poder Judiciário (BORGES, UGA, 2010).

Vem surgindo cada vez mais ações judiciais movidas em face do Poder público, muitas vezes havendo uma responsabilidade solidária entre esferas de governo, solicitando que o ente público custeie insumos ou tratamentos que não estão presentes nas listas do Ministério da Saúde ou das Secretarias de saúde (BARROSO, 2012).

Dentre as causas sociais objetos de ações judiciais, é o direito à saúde que mais contém exemplos. O Poder Judiciário vem se comportando de modo a defender sua concretização em seus julgados, além de fazer ligação com o direito à vida (ANDRADE, 2011).

Sobre os julgamentos acerca do direito à saúde, Andrade (2011, p. 11) conclui que “se o Judiciário adotasse para os demais direitos sociais prestacionais o mesmo critério que utiliza quando do julgamento do direito à saúde certamente teríamos um Judiciário mais atuante e decisivo nas questões que envolvessem o mister da concretização.”

Observa-se que as demandas individuais neste sentido cresceram descontroladamente. Porém, também é de se notar que os obstáculos para o acesso a medicamentos ainda são visíveis. Segundo Ventura *et al* (2010, p. 79), “estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que correspondia a aproximadamente 41% da população

brasileira”. Não somente isso, segundo os autores “a despesa com medicamentos representa a de maior peso no gasto total das famílias com saúde, impactando no orçamento, principalmente entre os mais pobres – o que a caracteriza como altamente regressiva”.

Como uma das formas de regulamentar as judicializações da saúde, o STJ (Superior Tribunal de Justiça) ao julgar recurso repetitivo (REsp nº 1.657.156 – RJ), que teve como relator o Ministro Benedito Gonçalves, determinou “quais são os requisitos para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de medicamentos fora da lista do SUS.” A decisão teve como entendimento de que “constitui obrigação do poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que reunidos, cumulativamente, os seguintes requisitos.” (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 786).

Segundo a decisão, para que haja por parte do Judiciário concessão de insumos que não constam nos normativos do SUS é necessário que os requisitos a seguir estejam presentes cumulativamente:

- (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. (BRASIL, 2018a)

Além disso, o tribunal superior decidiu que é necessário quando do trânsito em julgado das ações que visem a obrigação de dispensa de insumos que não constem no SUS (MACHADO; MARTINI, 2018), “comuniquem ao Ministério da Saúde e à Comissão Nacional de Tecnologias do SUS (CONITEC) para que realizem estudos quanto à viabilidade de incorporação do medicamento no âmbito do SUS.” (BRASIL, 2018a, p. 26).

Não há ainda, por parte do Judiciário, um consenso na atuação nos litígios da saúde, de modo que não há uma racionalização da judicialização. Portanto,

a judicialização da saúde não encontra um caminho satisfatório à sociedade (MACHADO; MARTINI, 2018).

Dentre as problemáticas discutidas acerca da atual maneira de resolução de conflitos, Clara Machado e Sandra Regina Martini entendem que:

A prevalência de solução judicial diante de negativas, com grande número de ações individuais; 2) elevados custos não relacionados a tratamentos estruturados para atender o sistema; 3) ônus do tempo na disponibilização do medicamento ou tratamento; 4) diálogo insuficiente entre entes públicos e privados e entre diferentes esferas da administração pública; e 5) sobreposição de avaliações médicas independentes (MACHADO; MARTINI, 2018, p. 785).

Quando da análise da relação entre os entes federativos na judicialização nota-se que falta uma comunicação entre eles. Não há como encontrar uma resolução para as problemáticas de saúde sem que haja um diálogo entre os entes federativos e a sociedade (MACHADO; MARTINI, 2018).

Segundo Ventura *et al* (2010), acerca dos problemas causados, aponta-se que as decisões em âmbito individual podem aumentar as desigualdades em termos de acesso à saúde, já que priorizaria aqueles que tem maiores condições de reivindicar seus direitos. Além disso, destaca-se a questão das “deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema judiciário brasileiro para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde” (VENTURA *et al*, 2010, p. 79).

O direito à saúde é uma garantia complexa. Diante disso, todos os conflitos que o circundam ao longo das últimas décadas apenas expõem que “os sistemas político, jurídico e médico-sanitário chegaram a um esgotamento e que o Poder Judiciário não responde mais, com a eficácia esperada, à pacificação dessas controvérsias” (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Os gastos que as judicializações e seus impactos a curto e longo prazo são mais visíveis quando são quantificados. Segundo a Advocacia-Geral da União (AGU), apenas no ano de 2012 os gastos relativos à aquisição, transporte, importação e entrega de medicamentos foi de R\$ 243.954.000,00 (AGU, 2012).

Toda esta despesa do Poder Público é feita fora de todo o processo legal e do planejamento necessário. Assim, ocorre um abalo tanto do abastecimento, quanto do orçamento do Sistema de Saúde (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Além disso, esta questão gera uma preocupante situação de desconfiança por parte do poder público. Segundo Fleury (2012, p. 161):

Esta defesa do interesse público na saúde tem superado a fase da anterior, caracterizada pelo aumento exponencial com gastos de medicamentos, estranhos à lista do SUS, que terminou por gerar uma situação de insegurança para os gestores municipais, potenciais réus de toda falha do sistema. Ainda que a saúde seja uma competência comum aos três níveis de Governo, a ausência de regulamentação do Art. 23 da CF/88, deixou o problema à deriva, terminando por criminalizar o gestor local. Só agora a Justiça definiu a responsabilidade comum dos três níveis de Governo, o que permitirá que a responsabilidade solidária seja cobrada judicialmente.

Por outro lado, o já sobrecarregado Poder Judiciário também acaba sendo afetado pelo número de ações, visto que somente o ano de 2010 24,2 milhões de processos foram iniciados, sendo que já haviam 59,2 milhões sem sequer uma decisão terminativa (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Mesmo que não haja tantas pesquisas acerca do custo de cada processo no âmbito da saúde, segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apenas um processo de execução fiscal na Justiça Federal em primeiro grau pode custar cerca de R\$ 7.063,74. Assim, pode-se utilizar tal dado com comparação para entender quanto, aproximadamente, uma demanda da área da saúde pode custar para o Judiciário (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

A origem desta situação pode estar relacionada não somente com o aumento estrondoso de ações, como também a automatização das decisões, as quais sem uma análise mais profunda dos seus impactos podem comprometer o acesso equitativo à saúde (VENTURA *et al*, 2010).

Segundo Delduque e Castro (2015), há um problema sobre o controle judicial das políticas públicas já que:

(...) prejudica o pleno exercício da cidadania, pois torna o indivíduo dependente do Estado, e o Poder Judiciário seu fornecedor de serviços.

No Brasil, os litígios em matéria de saúde que possuem mais evidência são aqueles em que o acesso é o objeto material da demanda. De um lado está o cidadão enfermo, demandando ações ou insumos de saúde contra o Estado, provedor de serviços públicos de saúde, que, por razões de ausência do serviço ou da não previsibilidade deste nas políticas públicas, deixa de oferecê-los. Trata-se de um 'enfrentamento social' que ganhou proporções epidêmicas. Os mecanismos clássicos de resolução dos conflitos acabaram por produzir externalidades negativas para o SUS, já debilitado por razões diversas. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 510).

Diversos são os exemplos de decisões judiciais que condenam os entes estatais ao fornecimento de insumos ou tratamentos que não constam no SUS. Dentre estes, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu no acórdão de nº 1472 em setembro de 2017, o qual teve como relator o Ministro Ricardo Lewandowski, por negar provimento aos agravos regimentais interpostos pelo Estado do Pará em uma ação que houve descumprimento dos dispositivos constitucionais que tratam da dignidade da pessoa humana, e decidindo que o Estado foi omissivo em resguardar a saúde de portadores de necessidade especial (BRASIL, 2017).

Também, o STF ao julgar em setembro de 2018 o Agravo regimental no agravo de Instrumento 639.436 RS, entendeu por unanimidade em negar provimento, e, inclusive, reconhecendo a possibilidade de bloqueio de verbas públicas para que houvesse garantia do fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2018b).

Outros dois exemplos em que houve falha do Estado, e buscou-se a concretização da prestação pelas vias judiciais foi quando em 1999 houve no STF o julgamento do RE nº 242.859-3 RS, demonstrando que o processo de judicialização não é recente, e remonta à década de 90 (BRASIL, 1999). E em setembro de 2018 quando o Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao decidir sobre o Agravo Interno no Recurso Especial nº 1.654.716 RN, optou por negar o recurso e manter a decisão que condenava os entes federativos União, Estado do Rio Grande do Norte e Município de Natal, a depositarem quantia para fornecimento de medicamento que fora requerido. Neste sentido, o órgão entendeu que há responsabilidade solidária dos entes em questão pelo funcionamento do SUS (BRASIL, 2018c).

Um ponto importante acerca das decisões judiciais no âmbito da saúde é a questão dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), que servem de referência técnica para que os magistrados tomem suas decisões (CNJ, 2019).

A criação destes núcleos se deu em 2011, quando o CNJ recomendou que se formasse tais órgãos, sob a orientação de que “servem para orientar magistrados, quer emitindo notas técnicas, quer provendo juízes de orientações técnicas caso a caso”. Assim, auxiliando em evitar que mais decisões com impactos negativos na saúde surjam (CNJ, 2019, p. 21).

Desta forma, é evidente que todos os atores envolvidos precisam estar atentos ao que vem ocorrendo com a saúde. Além disso, o processo de implementação de políticas públicas sem a participação dos envolvidos desde sua criação até sua implementação é inútil. É necessário que se pautem o caminho visando a derradeira efetivação, a qual só ocorrerá quando estas políticas entenderem as diferenças de cada região, buscando desta maneira uma solução equitativa, até por quê os problemas sanitários ultrapassam os limites territoriais (MACHADO; MARTINI, 2018).

Dentre as políticas públicas que buscam o aperfeiçoamento do Poder Judiciário sobre as judicializações da saúde, destaca-se a Portaria nº 245 de novembro de 2020, que seguindo os termos das resoluções 104/2010 e 238/2016 do CNJ, busca manter um Fórum Nacional “para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde e a previsão de instalação de comitês executivos” (CNJ, 2020a, n. p).

Acerca deste normativo cabe salientar suas ações de planejamento de encontros do Poder Judiciário, convocando membros dos demais segmentos públicos e a sociedade civil, para que possam debater sobre formas de auxílio nas demandas de saúde. Bem como, a promoção de seminários junto à especialistas, estudiosos e membros do judiciário para desenvolvimento de atitudes voltadas a resolução de litígios de saúde (CNJ, 2020a).

Além deste, cita-se também o Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Justiça celebrado em 2020. O objetivo principal desta parceria é auxiliar tecnicamente os tribunais em suas tomadas de decisão nas demandas de saúde (CNJ, 2020b).

Dentre os objetivos específicos que o documento sugere aos tribunais destaca-se: que estes utilizem, junto aos NAT-Jus, o suporte dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NAT), para que estes forneçam informações técnicas relevantes ao processo. E a disponibilidade de um banco de dados para consulta de evidências científicas, notas técnicas e pareceres técnico-científicos (CNJ, 2020b).

Neste sentido, para MACHADO e MARTINI (2018), as políticas públicas são mais efetivas que as decisões judiciais em termos de direito à saúde:

Em razão do caráter coletivo e distributivo do direito à saúde, tal direito deve ser afirmado por políticas públicas e não por decisões judiciais. O conhecimento das necessidades sociais da comunidade, da melhor técnica para distribuição de recursos escassos, e das possibilidades orçamentárias é essencial para definir políticas públicas voltadas à concretização do direito à saúde. Decisão judicial sobre a exigibilidade do direito à saúde, que ignora estas circunstâncias, pode causar problemas sociais maiores do que os que estão sendo tutelados, pois provoca redistribuição indireta de recursos de políticas públicas e nem sempre garante o princípio da fraternidade.

O aperfeiçoamento do diálogo entre os atores do processo de judicialização vem crescendo nos últimos anos, fazendo com que o poder público se aprofunde no tema. Dentre as iniciativas, Fleury (2012) destaca as:

audiências públicas no Supremo Tribunal Federal (STF), Comissão de Saúde no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sessão especial no Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, especialização de promotores que atuam em saúde, formação universitária em direito sanitário, comissões e câmaras técnicas em vários níveis de Governo, envolvendo pessoal do Executivo e do Judiciário (FLEURY, 2012, p. 160).

Desta maneira, há uma urgente necessidade em mudar a forma como se resolve conflitos, trazendo para o diálogo todos aqueles envolvidos e utilizando-se de outras formas de resolução, que não a judicial, criando-se, assim, a possibilidade de avaliar o impacto financeiro e analisar se é financeiramente viável (MACHADO; MARTINI, 2018).

Em análise ao Estudo do Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS), o qual tem como tema “Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde”, Machado e Martini (2018, p. 776) verificaram que tal trabalho apontou um “aumento de processos judiciais relacionados à área de saúde bem com os gastos da União com ações envolvendo prestações de saúde em que se verificou um aumento de 1300% em sete anos, considerando o lapso temporal de 2008 para 2015.”

Assim, segundo Delduque e Castro (2015):

Assim, tem-se que o exercício de um direito fundamental pelos cidadãos pode acarretar sérios prejuízos políticos, com a exacerbação da atuação do Poder Judiciário para além de seus limites funcionais, a gerar impactos significativos na implementação e execução da política pública de saúde (DELDUQUE; CASTRO, 2015 p. 509).

De fato, existem soluções para frear o crescimento da judicialização na saúde. Para tanto, é imprescindível estudos acerca desta questão. As discussões acerca da separação dos poderes devem vir acompanhadas de “freios e contrapesos” e do diálogo para melhor solucionar esta problemática (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Bem como, uma “habitual censura à interferência do Judiciário nas políticas públicas não se resolve com a impossibilidade de acesso à esfera judicial, mas com a oferta de alternativas reais e concretas.” (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 298).

Desta forma, a judicialização da saúde e ativismo judicial mostram-se prejudiciais à concretização do direito à saúde. Visto que, ao buscar a efetivação do direito à saúde do demandante – e ao analisar a quantidade de ações judiciais neste sentido – cria-se uma politização do Poder Judiciário; onera desproporcionalmente os cofres públicos e gera uma temerária interferência deste poder nos Poderes Executivo e Legislativo. Fazendo com que os entes públicos repensem soluções para frear suas consequências.

4 A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA SAÚDE (CRLS): INSTRUMENTO DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE

No intuito de reduzir o número de judicializações e seus impactos, surgiu a iniciativa das Câmaras de Resolução de Litígios da Saúde, que realizariam um trabalho de resolução administrativa das demandas em saúde.

A resolução administrativa de conflitos vem se mostrando promissora, principalmente nas situações nas quais as CRLS atuam, visto que promovem a garantia do direito à saúde ao cidadão, ao passo que evita que o Estado demande recursos descomedidos, os quais poderiam ser destinados para as políticas públicas de saúde.

4.1 AS CRLS E OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS: OBJETIVOS, ATUAÇÃO E RESULTADOS

Com o avanço das judicializações na saúde, diversas políticas públicas surgiram para evitar que causassem resultados nocivos ao próprio Estado e para a sociedade, e uma destas iniciativas, talvez a que vem se mostrando como uma das mais promissoras, são as Câmaras de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS). As CRLS surgiram no Brasil vinculadas às Defensorias Públicas.

Por sua vez, as Defensorias foram melhor organizadas institucionalmente pelo texto constitucional (a partir da versão original e, em seguida, aperfeiçoada por emendas constitucionais) servindo de relevante instrumento necessário à assistência jurídica gratuita e integral à população hipossuficiente, nos termos do vigente art. 134 da Constituição Federal. Ei-lo:

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º, desta Constituição Federal. (BRASIL, 1988).

O destacado dispositivo tem fundamento no art. 5º, LXXIV da Carta Magna, que determina a importância da assistência jurídica gratuita integral “aos que comprovarem insuficiência de recursos” (BRASIL, 1988). Desta forma, todo esse direcionamento que foi concebido às Defensorias Públicas favoreceu o surgimento de iniciativas como as Câmaras de Resolução de Litígios da Saúde,

que tem por intuito maior contribuir para efetivação dos direitos dos hipossuficientes.

Sobre o tema de assistência judiciária gratuita, acrescenta Delduque e Castro:

Essa forma de propiciar o acesso à justiça desenvolveu-se em muitos países. No Brasil, a assistência judiciária gratuita é prestada por inúmeras entidades, mas, especialmente, pela Defensoria Pública.

Único país do mundo a dar tratamento constitucional para a garantia do acesso das pessoas pobres à justiça (...) (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Desta maneira, não se restringindo apenas ao processo judicial e visando atendimento jurídico gratuito para a sociedade, as CRLS utilizam-se de métodos alternativos de resolução de conflitos para solucionar as demandas em saúde. A atuação destes órgãos na resolução administrativa propõe, segundo Silva e Schulman (2017, p. 292), evitar o litígio junto ao Judiciário, possibilitando um acesso mais direito ao objeto da demanda, por valer-se da:

(...) mediação e diálogos interinstitucionais. Busca-se evitar judicialização, especialmente nos seguintes casos: 1) o medicamento está na Renome (quando a concessão é imperativa); 2) o custo do tratamento é baixo e sua eficácia é demonstrada com maior facilidade; 3) há alternativa terapêutica que atende plenamente à solicitação do paciente, como medicamentos que possuem mesmo princípio ativo (genéricos), variando apenas quanto ao nome comercial; 4) o uso de Núcleo de Apoio Técnico (NAT) dos tribunais ou base de dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) permite concluir antes mesmo da ação judicial pela absoluta adequação do pleito (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 292).

A criação e estruturação destes órgãos de mediação em saúde são, de certa forma, flexíveis. Podendo ocorrer em qualquer nível administrativo (federal, estadual ou municipal) dependendo apenas da demanda de cada ente. O ideal é que seja estruturada dentro de um órgão que lide com demandas judiciais, pois pode ser aproveitada tanto a experiência dos colaboradores, quanto a estrutura da instituição (SILVA; SCHULMAN, 2017).

A primeira experiência de CRLS se deu no Estado do Rio de Janeiro através do Decreto Nº 45.034 de 10 de novembro de 2014, que “Regulamenta o procedimento para realização de acordos visando ao fornecimento no âmbito da Câmara de Resolução de Litígios Da Saúde e dá outras providências” (RIO DE JANEIRO, 2014, n. p).

Conforme Ventura e Simas (2021), os apresentados novos caminhos de resolução extrajudicial de conflitos na saúde geram bastante discussões no âmbito acadêmico e local. No entanto, o rumo que se vem tomando neste sentido é o da resolução das problemáticas envolvendo gestão estatal, em que se preza pela finalização de ações judiciais por meio de acordos, além de “o controle estatístico da atuação jurisdicional e o estímulo de premiações a instituições judiciais por sua eficiência.” (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1994).

Ainda segundo as autoras, no caso específico do Rio de Janeiro, outros obstáculos devem ser estudados, visto que no estado, “busca-se, ainda, dar conta de sucessivas crises de governabilidade e denúncias de altos índices de corrupção” (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1994).

A iniciativa da criação do órgão veio da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGE-RJ), em comunhão com as Defensorias Públicas do Estado e da União e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Desde a sua criação, em 2014, até janeiro de 2020 foram atendidos mais de 80 mil casos (CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (CRLS), 2021).

Estas demandas deixaram de seguir as vias judiciais e seguiram os métodos de “conciliação e de mediação para marcar cirurgias, receber medicamentos ou obter transferências entre unidades hospitalares.” (CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (CRLS), 2021, online).

Além disto, o índice de resolução do órgão parece crescer a cada ano, visto que em setembro de 2013, quando foi implementada, era de 35% e, em 2019, passou para 68% resolvidos administrativamente junto à rede pública de saúde, sendo que no mesmo ano foram atendidos mais de 20 mil casos (CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (CRLS), 2021).

O foco do órgão é sempre o da solução administrativa dos conflitos, prezando por uma atividade extrajudicial direcionada ao acesso ao direito à saúde pelos assistidos, concomitantemente, poupando tempo e custos no processo. No entanto, mantém-se a orientação de que o estado tem o dever de garantir o direito à saúde e que a judicialização pode ser uma possibilidade, apenas, porém não o único caminho (VENTURA; SIMAS, 2021).

Acerca do Decreto nº 45.034 de 2014, do Rio de Janeiro, tal dispositivo normativo foi elaborado considerando “o dever do Estado de proteção à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal e Lei Federal 8.080/1990 (...)” (RIO DE JANEIRO, 2014, n. p).

Acrescente-se que levou em considerando a alta demanda judicial impondo que o Estado forneça os insumos não padronizados pelo SUS, retirando assim, “(...) recursos que poderiam ser utilizados na promoção das políticas públicas de saúde” (RIO DE JANEIRO, 2014, n. p).

Além disto, considera-se que a criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde objetiva “receber demandas e evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para a oferta de medicamentos (...)” (RIO DE JANEIRO, 2014, n. p).

Desta forma, os métodos de resolução administrativa de conflitos como os desenvolvidos pelas CRLS se mostram promissores por diversos motivos, dentre eles a celeridade e baixo custo mantendo a garantia ao usuário do sistema ao seu direito social (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

São definidas três formas de resolução de conflitos: através do processo judicial, também chamada de heterocomposição; autocomposição realizadas pelo Estado, seja jurisdicionalmente ou por órgãos auxiliares (como as Defensorias Públicas e Ministério Público); e a autocomposição extrajudicial (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

O conceito de Mediação é definido pela Diretiva 008/52 da Comunidade Europeia, que elucida como:

um procedimento estruturado, seja qual for seu nome ou denominação, em que duas ou mais partes em litígio tentam voluntariamente alcançar por si mesmas um acordo sobre a resolução de um litígio com a ajuda de um mediador (UNIÃO EUROPEIA, 2008).

Tal Diretiva apenas ressalta que adaptando às necessidades das partes, a mediação se mostra menos onerosa e vai rápida. Ainda, tal documento remete à cultura de paz, afirmando que devido a resolução ocorrer entre as partes, a relação amigável é resguardada (RIBEIRO, 2018).

Ao contrário da mediação, no processo judicial as partes se submetem à decisão de um terceiro. Sendo assim, muitas vezes tal método não consegue dar uma resolução correta já que não dispõe de todo o conhecimento acerca do assunto em pauta no litígio (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Desta forma, segundo Ribeiro (2013, p. 31), “a mediação tenta evitar estabelecer o que se chama de “diálogo de surdos”, quando os contendores não ouvem o outro, apenas escutam os seus próprios argumentos, alegações, ressentimentos, mágoas e dores.”

Elucidam Delduque e Castro (2015, p. 510) acerca da mediação, pois “como método pacífico de gestão de conflitos, pretende evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e pôr fim àqueles iniciados ou reduzir o seu alcance.”

Segundo os autores, o Poder Judiciário busca na Mediação ampliar o conceito de justiça concebido pela sociedade, criando assim uma cultura do consenso (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Dentre as fermentas utilizadas para tanto, há a “Política Judiciária Nacional” que através da Resolução 125/2010 do CNJ que “Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências.” (CNJ, 2010, n. p).

Posteriormente, tal resolução serviu de base para a Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015 (Lei de Mediação). Que “dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública (...)” (BRASIL, 2015).

Os métodos alternativos de resolução de conflitos podem também, neste caso, formar o fenômeno da “desjudicialização”, que seria “a possibilidade de solução de conflitos de interesse sem a prestação jurisdicional, entendido que a jurisdição é somente aquela resposta estatal” (RIBEIRO, 2013, p. 30).

Neste sentido, assim, como a possibilidade de mediação, a Lei nº 9.307 de 23 de novembro de 1996, torna possível a resolução de litígio pela arbitragem extrajudicialmente (RIBEIRO, 2013).

Na saúde, a mediação também “traz vantagens como a privacidade dos procedimentos, o baixo custo econômico, a rapidez de resultados e, ainda, a possibilidade de se manterem relações abaladas pela discussão do direito em disputa.” (RIBEIRO, 2018, p. 69).

Neste sentido, Silva e Schulman, quando afirmam que é:

(...) preciso atentar ao custo do sistema em relação à própria demanda e às despesas da judicialização em si. A extrajudicialização consiste, portanto, em canal relevante para realocar recursos. A redução da litigiosidade na via judicial conduz à economia de recursos públicos, concentra gastos nos reais objetivos das políticas públicas (a saúde) e promove ainda o mais importante: o melhor atendimento a pessoas que necessitem dos serviços de saúde.

(...) é cabível falar em processos para reavaliar a possibilidade de medidas administrativas para procedimentos em saúde não previstos nos protocolos do SUS. Uma das ferramentas consiste em estruturar “câmaras de mediação” e procedimentos de saúde, compostas por equipes multidisciplinares nas estruturas de estados e municípios. A participação de representante da União – com a função de analisar requerimentos sobre ações de saúde que estejam fora das possibilidades descritas nos protocolos clínicos e terapêuticos do SUS – também deve ser considerada. (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 296).

A mediação, mesmo não sendo uma aplicação nova ainda se encontra em processo de “regularização e institucionalização em âmbito mundial”. Desta forma, o tema encontra-se cada vez mais frequente nos debates, demonstrando que tais métodos alternativos estão, de fato, modificando as estruturas tradicionais de resolução de conflito (RIBEIRO, 2018, p. 69).

Ademais, o enfoque na resolução de conflitos é peça chave na concretização dos direitos, dado que diversas questões influenciam a eficácia de tais direitos, como o “contexto socioeconômico, as culturas jurídicas e políticas locais, e a existência (ou não) de estruturas administrativas que sustentam a aplicação dos direitos e o efetivo acesso à justiça” (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1991).

Acerca das vantagens da mediação e arbitragem, não apenas são menos morosas que as vias judiciais, como também são menos custosas. Mas principalmente, mantêm as partes em diálogo, preservando suas relações (RIBEIRO, 2018).

Assim, tais métodos alternativos de resolução de conflitos possuem relação com a ampliação do conceito de acesso à justiça, não restringindo-se

apenas ao tradicional ajuizamento, afastando-se da burocracia e do formalismo, além de permitir que o direto se aproxime da sociedade (VENTURA; SIMAS, 2021).

A mediação e a conciliação demonstram afetar não somente as partes envolvidas, pois geram impactos em toda a sociedade, reduzindo, com antes destacado, a burocracia e gastos dos recursos públicos, não somente durante o processo, como também no ônus de sucumbência (VENTURA; SIMAS, 2021).

Ao tratar dos métodos administrativos de resolução de conflitos, Delduque e Castro (2015) afirmam que:

O fato é que os Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos representam a adesão à cultura da pacificação, em oposição à cultura hoje existente em torno da necessidade de uma decisão judicial para que a controvérsia possa ser resolvida. Isso porque a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, deixando, por derradeiro, a busca do aparato Judicial. (DELDUQUE; CASTRO, p. 511).

A Câmara de Resolução de Litígios da Saúde do Rio de Janeiro tem chamado bastante atenção pela sua efetividade, sendo inclusive premiada nacionalmente “como uma prática que contribui para o aprimoramento da Justiça no Brasil” (VENTURA; SIMAS, 2021, p. 1998). Além disso, é considerada fundamental para que haja uma maior efetividade das políticas sociais no Brasil, e inspirou diversas iniciativas pelo país (VENTURA; SIMAS, 2021).

Outros estados também passaram a optar por órgãos que desempenham um trabalho de resolução de conflitos pela autocomposição na saúde. São os casos do Ministério Público de Minas Gerais e da Defensoria Pública do Distrito Federal (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

No primeiro, o trabalho é realizado pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, que soluciona litígios pelo estado, mas também lida com outros assuntos ligados à saúde, como saúde prisional e incorporação tecnológica (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Sobre o projeto do Ministério Público de Minas Gerais, Ribeiro (2018) averbe-se:

A idealização da mediação sanitária parte da percepção de duas situações político-institucionais: (a) o impacto negativo da

judicialização da saúde no orçamento e no planejamento coletivo da saúde; e (b) a “necessidade da (re)organização das ações e serviços de saúde, no âmbito regional, de forma solidária e não solitária, com participação democrática, visando a elaboração desse mesmo planejamento de saúde numa perspectiva integrada e regional”³⁴. A mediação sanitária pode ocorrer tanto em assuntos de saúde pública como em assuntos de natureza suplementar em que estejam envolvidos interesses tutelados pelo Ministério Público (RIBEIRO, 2018, p. 71).

Relativamente ao segundo caso mencionado, a Câmara Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), vinculada à Defensoria Pública do DF, opera solucionando conflitos na saúde pela mediação “entre os pacientes do SUS-DF e os gestores da rede pública de saúde da Capital” (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 511).

Sobre este trabalho realizado conjuntamente pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Defensoria Pública do Distrito Federal, Weslley Carlos Ribeiro aborda:

No Distrito Federal, a Camedis, instituída por ação conjunta da Secretaria de Estado de Saúde e da Defensoria Pública do Distrito Federal, tem como missão “buscar a solução às demandas por serviços e produtos de saúde no intuito de evitar ações judiciais e propor soluções para aquelas em trâmite”³⁵. Trata-se de um espaço de mediação em que a Defensoria Pública do Distrito Federal atua como mediadora nas questões envolvendo algum conflito entre cidadãos e a secretaria de saúde. Ainda segundo a Portaria Conjunta n. 01/201336, a Camedis é “responsável por mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal”. A Camedis conta com um cronograma de reuniões periódicas, sendo que, além da Defensoria Pública e da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, ainda poderão ser chamados para participar órgãos ou entidades da administração pública, ministério público, entes privados nacionais e internacionais e instituições de ensino (RIBEIRO, 2018, pp. 71-72).

Os resultados apresentados pela Camedis demonstram um valioso caminho no sentido da desjudicialização. Três objetivos específicos são apontados como principais na resolução administrativa de conflitos como “fortalecer espaço de diálogo institucional a partir do Comitê Distrital; constituir estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e empoderar cidadãos a partir de soluções consensuais” (SILVA; SCHULMAN, p. 294).

Além destes, o Rio Grande do Norte conta com o projeto “SUS mediado” para trabalhar administrativamente a resolução de conflitos no âmbito da saúde. Esta iniciativa possui a participação da Defensoria Pública Estadual, da

Procuradoria-Geral do Estado, da Secretaria de Saúde Estadual, da Defensoria Pública da União, da Procuradoria-Geral do município de Natal e da secretaria de Saúde Municipal (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Segundo abordam mais a fundo o trabalho realizado no estado, Silva e Schulman (2017) colocam que:

As sessões de mediação para resolução administrativa das questões de saúde amparadas pelo programa ocorrem todas às quartas-feiras, através de uma Câmara de Conciliação, composta por um farmacêutico, um médico, um Defensor Público Estadual, um representante da Procuradoria Geral do Estado e do Município e pelo assistido, que se reúnem na Sede da Defensoria Pública do Estado com o escopo precípua de solucionar a demanda extrajudicialmente, garantindo a esse a efetivação, no plano concreto, do direito à saúde. Ainda, através do referido programa, assegura-se ao cidadão que não teve o seu caso solucionado no âmbito extrajudicial, a possibilidade de opor demanda judicial própria, através de Defensor Público Estadual ou Federal, para efetivação do seu direito (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 294).

A questão da judicialização da saúde necessita de maior atenção, não somente acadêmica, como também das políticas públicas de saúde. As alternativas de resoluções de conflitos vêm se mostrando promissoras mesmo em assuntos complexos como o direito à saúde. No entanto, devem ser estimuladas também outros meios na busca pela garantia do acesso equitativo e universal à saúde (VENTURA; SIMAS, 2021).

Todo o avanço obtido por estes órgãos de resolução extrajudicial só é possível pela aproximação dos entes à problemática, tanto entre si, quanto com a população. Desta forma, é possível analisar toda a situação de perto e entender melhor as falhas de governabilidade. Possibilitando inclusive que se examine quais são os pedidos mais recorrentes, ou até mesmo as decisões quem estão aparecendo mais reiteradamente, fazendo com que se pense maneiras de tornar tais decisões menos impactantes nas políticas públicas (SILVA; SCHULMAN, 2017, p. 295).

Sendo assim, fica claro que uma das ferramentas a serem utilizadas para evitar o excesso de judicializações na saúde é a atuação através da resolução alternativa de conflitos por meio das Câmaras de Resolução de Litígios da Saúde, e órgãos similares. Os resultados obtidos demonstram que é possível

conceder o direito à saúde do demandado ao mesmo tempo que se evita as sempre recorrentes vias judiciais.

4.2 A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA SAÚDE DE SERGIPE

O estado de Sergipe tem, segundo último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 2.338.474 habitantes. Dentre os estabelecimentos da área da saúde, o estado conta com 790 na rede privada, dentre os quais, 162 atendem pelo SUS, e 278 deles possuem fins lucrativos e 47 são sem fins lucrativos (IBGE, 2010).

Seguindo a tendência nacional, em Sergipe o número de ações judiciais na saúde também vem crescendo nos últimos anos. De acordo com o portal do Governo do Estado de Sergipe, em 2010 foram 160 demandas individuais no âmbito da saúde, no ano seguinte foram 318 ações judiciais e em 2012 este número foi de 570, portanto, relatado um aumento de 350% nestes anos. Sendo que no último ano deste levantamento, foram 20 as ações coletivas neste sentido (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013a).

Ademais, dentre as ações judiciais de tutela individual no ano de 2012, 274 delas “correspondem a medicamentos e 296 a procedimentos, cirurgias e consultas, a exemplo de consultas em urologia, acompanhamento psiquiátrico, de psicólogo, que são processos exclusivamente do município.” (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013a, online).

É importante, também, ressaltar os pedidos mais recorrentes, e segundo as informações do site de notícias do Governo Estadual:

Alguns casos chamam a atenção. Há ações que solicitam a compra de protetor solar de uma determinada marca (Minosol), fralda descartável também com marca preestabelecida (Pampers), vitamina antistress (Centrum), Sustagen, Mucilon, correção peniana e procedimentos que não são de responsabilidade do SUS, como cadeira de rodas motorizada, passagens aéreas fora do fluxo, além da hiperbárica que é um tratamento de oxigenação que ajuda na cicatrização e que hoje corresponde a mais de 40% das demandas individuais de procedimentos (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013a, online)

Além disso, no ano de 2012 o valor investido em medicamentos pela secretaria de Estado da Saúde foi de R\$ 27,8 milhões, no entanto, R\$ 10 milhões tiveram de ser destinados para atender demandas na área da saúde. Ou seja,

mais de um terço do valor deixou de ser arrecadado para o investimento na saúde (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013b).

Tal valor seria “destinado à compra de medicamentos protocolados pelo Ministério da Saúde e ofertados pelo Case (Centro de Atenção à Saúde em Sergipe) para toda a população usuária do SUS no estado.” (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013b, online).

Neste sentido, os gastos por parte do governo acabam sendo até com questões fora de sua obrigatoriedade:

Só nos primeiros três meses de 2013, foram investidos mais de R\$ 5,3 milhões em medicamentos. Desse valor, cerca de 40% foi destinado à compra de medicamentos que constam na Portaria 2981 de fornecimento obrigatório, inclusive com os que têm ressarcimento pelo Ministério da Saúde, enquanto quase R\$ 3,2 milhões, o que equivale a quase 60% do valor total investido, foram destinados à compra de medicamentos e materiais fora do Protocolo, ou seja, que o Estado não tem obrigação de fornecer segundo o Ministério da Saúde, inclusive as insulinas. Atualmente, o Estado oferece 121 itens que não tem obrigação de fornecer.

Dentre esses medicamentos que não são padronizados, estão as insulinas, que o Estado oferta por demanda judicial e que tem um impacto bastante negativo no planejamento. Dos cerca de R\$ 10 milhões gastos com medicamentos através de demandas judiciais, R\$ 5,5 milhões são para custear as insulinas, que não estão na lista de medicamentos obrigatórios. (JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..., 2013b, online).

Outra questão a ser abordada no estado é a ação civil nº 0800139-60.2014.4.05.850 ajuizada pelos Ministérios Públicos de Sergipe e Federal contra a União e o Estado de Sergipe. O objeto da referida ação era o de “fazer com que a União assumira, diretamente, a gestão dos recursos federais destinados à área da saúde neste Estado da Federação, diante do alarmante quadro no que se refere às ações e serviços de saúde no Estado.” Tal atuação dos Ministérios Públicos apenas ressalta a proteção ao direito à saúde, fundamentando-se principalmente no Art. 198 da CF/88. (CARVALHO, 2018, p. 74).

Bem como, segundo Carvalho, após atuação do Ministério Público, o município de São Cristóvão foi obrigado a:

adquirir e fornecer os medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (Rename) e aquisição e fornecimento de materiais básicos de consumo hospitalar,

como luvas, esparadrapos, gases, algodão, seringas, materiais odontológicos e equipamentos básicos de fisioterapia.

Os objetos dessas demandas trazem exemplos da atuação do órgão Ministerial nas demandas coletivas a favor da saúde. (CARVALHO, 2018, 74).

No estado de Sergipe, se tem observado que as decisões judiciais vêm pautando-se principalmente na questão da obrigatoriedade da unidade da federação em garantir o direito fundamental violado, sem que tais decisões atinjam o princípio da separação dos poderes (CARVALHO, 2018). O impacto gerado por estas demandas, sobretudo em um Estado pequeno como o de Sergipe acaba sendo desproporcionalmente maior do que seria em outros estados. Pensando nisso, em 2018 através da Resolução n° 010/2018 foi criada a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS) da Defensoria Pública do Estado de Sergipe.

O objetivo principal da CRLS é atender os assistidos que buscam os serviços de saúde, sendo tal exercício mais “célere e resolutivo para oferta de procedimento médico/exame/medicamento/produto ou serviço de saúde, evitando o ajuizamento desnecessário de ações judiciais e, por consequência, de sequestros judiciais.” (SERGIPE, 2018a, n. p).

Além disto, as demandas que não forem satisfeitas através da resolução administrativa são encaminhadas para o Núcleo de Direito da Saúde (NUDESE) e poderão ser ajuizadas ou solucionadas de outras maneiras (SERGIPE, 2018a).

A referida norma também determina que equipes técnicas das Secretarias de Saúde do Município de Aracaju e do Estado de Sergipe sejam responsáveis pela análise do pedido do assistido. Sendo que se houver divergência entre as equipes, caberá ao NUDESE os encaminhamentos para uma eventual judicialização (SERGIPE, 2018a). O órgão da CRLS surgiu de um projeto-piloto do Defensor Público Dr. Saulo Lamartine Macedo inspirado pela atuação da CRLS do Rio de Janeiro (CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DA SAÚDE – CRLS, 2018).

Destaca-se, dentre os pontos mais importantes da Resolução n° 010/2018, que não havendo possibilidade do SUS fornecer o pedido do assistido, tentar-se-á a busca por alternativa terapêutica que possa ser oferecida pelo

Sistema de Saúde. Além disso, a atuação da CRLS ocorre no município de Aracaju, no entanto, pode ser ampliada para as regiões determinadas no normativo, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras e Nossa Senhora do Socorro, passando, neste caso, a integrar o órgão as secretarias municipais dos referidos municípios (SERGIPE, 2018a).

Ademais, há referência também à composição interna, sendo prioritariamente de: um:

I – 01 Defensor Público do Estado de Sergipe, designado pelo Defensor Público-Geral, a quem caberá a direção;

II - 01 farmacêutico e 01 enfermeiro da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe - SES, mediante termo de cooperação, a ser entabulado, com custo pelo órgão de origem;

III- 01 farmacêutico, 01 enfermeiro e 01 técnico pela Secretaria de Saúde do Município de Aracaju – SMS, mediante termo de cooperação, a ser entabulado, com custo pelo órgão de origem;

IV- 02 psicólogas;

V- 01 servidor

VI- 06 estagiários; (SERGIPE, 2018a, n. p).

Além deste normativo, a Portaria nº 01/2018 da Defensoria Pública “Dispõe acerca do atendimento inicial, da documentação necessária a resolução administrativa e o Fluxograma de atendimento da Câmara de Resolução de Litígios e dos CATES [Centros de Apoios Técnicos em Saúde].” (SERGIPE, 2018b, n. p).

A propósito do atendimento realizado pelo órgão, a Portaria determina, inicialmente, a realização de uma triagem a cargo de estagiários ou servidores sob supervisão de um Defensor Público para que sejam levantados os seguintes documentos, sendo alguns obrigatórios para o restante do atendimento:

a) RG; b) CPF; c) comprovante de residência; d) documentos que comprovem a hipossuficiência do assistido, a exemplo de CTPS e comprovante de rendimentos; e) declaração de hipossuficiência; f) cartão SUS; g) Autorização de internação hospitalar - AIH, ou Autorização para procedimento de alta complexidade - APAC, ou solicitação administrativa emitida pela DPE; h) laudo médico contendo a enfermidade, o CID, a solicitação do procedimento médico/exame/medicamento/produto ou serviço de saúde, a justificativa da necessidade deste(s) e a urgência do procedimento médico/exame/medicamento/produto ou serviço de saúde, indicando expressamente as consequências que acarretarão ao paciente, caso o procedimento médico/exame/medicamento/produto ou serviço de saúde não seja fornecido com a maior brevidade possível; i) exames

que comprovem o quadro clínico do paciente; e j) 03 orçamentos de unidades privadas diferentes que contenham CNPJ, prazo de validade em vigência e dados bancários destas unidades, sendo que, no caso de procedimentos que exijam honorários médicos, os orçamentos devem detalhar o valor a ser recebido individualmente por cada membro da equipe médica, bem como o respectivo CPF e dados bancários (SERGIPE, 2018b, n. p).

Ainda, se há possibilidade de resolução pelas vias alternativas, as equipes técnicas que compõem a CRLS emitirão uma nota técnica indicando o “local e o modo de fornecimento do procedimento médico/exame/medicamento/produto ou serviço de saúde”. Assim, o CATES solicitante irá determinar termo final acerca da demanda do assistido (SERGIPE, 2018b, n. p).

Segundo dados fornecidos pelo Defensor Público Saulo Lamartine Macedo na qualidade de coordenador da CRLS, em 2017, ano em que o órgão ainda era um projeto-piloto, o número de atendimentos realizados pela Câmara em Aracaju foi de 837. Destes, 329 foram solucionados administrativamente, 457 judicializados e 51 foram orientações de fluxo, o percentual médio de resolução foi de 41,85 % (MACEDO, 2021).

Os valores gastos no SUS atingiram a cifra de R\$ 58.918,07, correspondendo a 1% do gasto total, enquanto na rede privada, o gasto foi de R\$ 8.161.183,55 perfazendo um percentual de 99% do total. Por fim, a economia resultante das resoluções administrativas foi de R\$ 8.102.265,48, (MACEDO, 2021), conforme a figura 1.

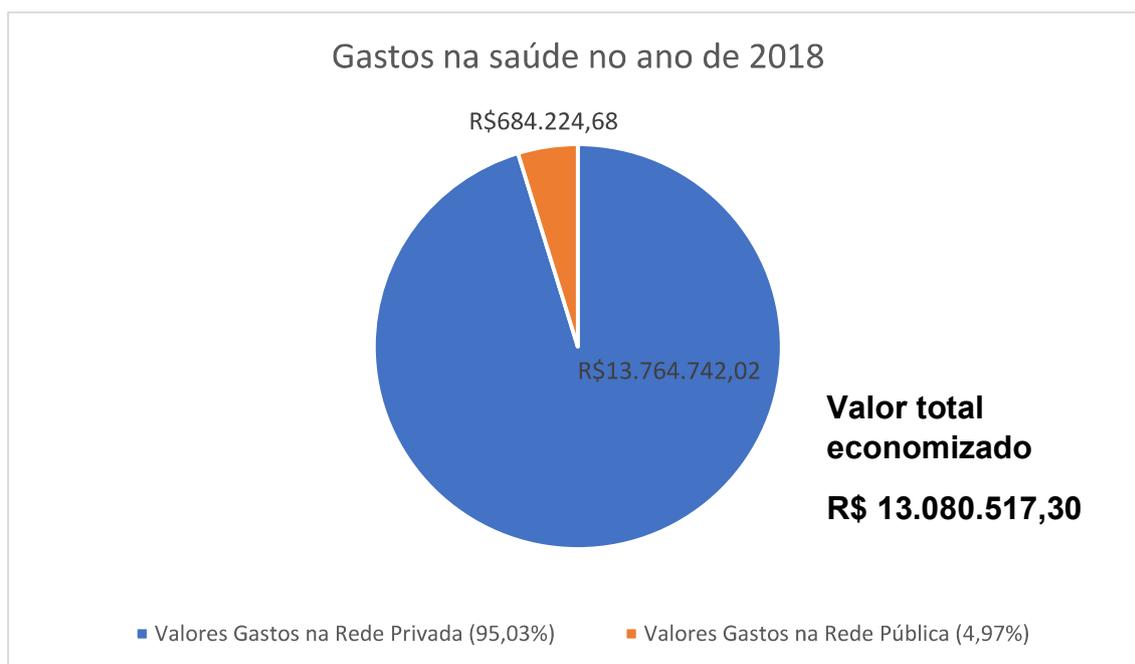
Figura 1



Fonte: Dados da Câmara de Resolução de Litígios da Saúde de Sergipe (MACEDO, 2021).

Já em 2018, este número foi de 897 atendimentos de saúde pública. Sendo que deste total, 326 foram resolvidos alternativamente, 307 judicializados e 264 resultaram em orientações de fluxo. Além disso, o percentual médio de resolução foi de 51,50%. De acordo com a figura 2, os valores gastos na rede SUS foi de R\$ 684.224,68, correspondendo a 4,97% do gasto total, enquanto os gastos na rede privada foram de R\$ 13.764.742,02 correspondendo a 95,03% dos gastos totais. Bem como, foram economizados R\$ 13.080.517,30 por consequência das atividades administrativas (MACEDO, 2021).

Figura 2



Fonte: Dados da Câmara de Resolução de Litígios da Saúde de Sergipe
(MACEDO, 2021).

No ano de 2019, foram 1012 atendimentos, destes 277 puderam ser resolvidos administrativamente, 301 tiveram de ser judicializados e 434 restaram em orientações de fluxo. No referido ano, o percentual médio de resoluções foi de 47,92%. Enquanto a economia somou um montante de R\$ 9.321.870,083 (MACEDO, 2021).

Sendo assim, os dados demonstram que a CRLS da Defensoria Pública de Sergipe desde a sua criação vem obtendo resultados significativos na proteção ao direito fundamental à saúde. Seja dando celeridade aos casos, ou evitando o ajuizamento de demandas que poderiam prejudicar ainda mais o orçamento público destinado ao fomento à saúde.

5 CONCLUSÃO

O direito social a saúde integra os direitos inerentes à dignidade da pessoa humana. Sua importância fica ainda mais clara quando há nos documentos internacionais, sobretudo a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), em seus artigos 1º, 2º, 3º e 25, a atenção com a saúde. Além deste diploma, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), mais especificamente os ODM 4, 5 e 6, abordaram uma meta a ser alcançada para a melhoria na saúde mundial. Posteriormente, inspirados pelos ODM, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente o ODS 3 “Saúde e Bem-estar” também versa sobre o direito à saúde.

Acerca da relação entre saúde e fraternidade, inicialmente é importante compreender as origens da fraternidade. Restou explicitada a partir da difusão do lema da revolução francesa “liberdade, igualdade e fraternidade”. Enquanto a liberdade e a igualdade puderam ser amplamente utilizadas acadêmica e juridicamente, a fraternidade por muito tempo foi esquecida, surgindo nas últimas décadas baseando o pensamento democrático, complementando os demais princípios e atuando na evolução dos direitos fundamentais.

No âmbito da saúde, a fraternidade atua através do sentimento comunitário, engajando o Estado em valores fraternos e constitucionais, para que haja uma promoção ao acesso à saúde seja pautando a atuação dos órgãos, seja na criação de políticas públicas. Bem como, permitindo que se analise a desigualdade do acesso a tal direito na busca de sua universalização.

No direito brasileiro, a saúde tem sua base na Constituição Federal de 1988, que incluiu a saúde no rol dos direitos sociais do art. 6º. Ademais, o texto constitucional seguiu a mesma concepção de saúde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) visando a qualidade de vida e não apenas ausência de enfermidade, culminando no art. 196, que também determina que a saúde é direito universal e dever do Estado. Assim, distribuindo a responsabilidade estatal entre as esferas administrativas através do seu art. 23, inciso II.

O art. 198 da Lei Maior também se revela fundamental para a institucionalização da saúde no país, visto que serve de base para a criação do

Sistema Único de Saúde (SUS), regulado posteriormente, e principalmente, pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. O SUS é então visto como um marco da reforma na saúde do país, pois passou a promover uma saúde universal e igualitária, além de gratuita para a população.

A partir disto, a saúde do país obteve resultados significativos, como o controle de doenças transmissíveis, aumento nas consultas médicas e a ampliação na atenção básica de saúde. No entanto, ainda há desigualdade no que tange ao acesso à saúde, e mesmo todos os avanços obtidos, não foram suficientes para atingir uma meta ideal de saúde universal. Os maiores exemplos de desigualdade encontram-se entre as regiões do país, sendo as regiões Norte e Nordeste possuidoras dos piores índices de acesso à saúde, principalmente em comparação com as regiões sul e sudeste.

Junto com a redemocratização e maior acesso à saúde veio a lume a judicialização da saúde, com intensa busca pelas vias judiciais do acesso à saúde. Inicialmente, a judicialização é um fenômeno que passou a vigorar no pós guerra com a ampliação da justiça constitucional e a transição do Estado Liberal para o Social, fazendo com que a sociedade recorra ao judiciário para obter seu direito não satisfeito pelo Legislativo ou pelo Poder Executivo. Ao lado da judicialização, o Ativismo judicial é a decisão do judiciário pautada em uma interpretação ativista do direito. Revertendo, de certa forma, em uma transferência de poder para os juízes e tribunais.

As causas deste fenômeno são variadas, indo desde a expansão do prestígio do Judiciário e a redemocratização no Brasil, à ampliação da complexidade da sociedade e a omissão dos demais Poderes. Tais fenômenos possibilitam o exercício da cidadania e o acesso à justiça. No entanto, sua imoderação pode gerar consequências prejudiciais para a própria sociedade.

Dentre as problemáticas derivadas deste descomedimento o risco à legitimidade democrática é uma delas, visto que o Judiciário estaria intervindo em questões de entes que foram popularmente eleitos. Diante disso, discute-se se não há uma violação à separação dos poderes. Além desta, a problemática da politização da justiça é discutida, visto que pode gerar um favorecimento de certos grupos em detrimento de outros.

Na saúde, a judicialização cresceu nos anos de 1990, a partir do avanço da AIDS, quando muitos acometidos com a doença buscavam tratamento junto ao Judiciário. A partir disso, o entendimento dos juízes e tribunais foi o da obrigatoriedade do Estado em fornecer a garantia à saúde do demandante.

Neste sentido, crescimento exponencial dos últimos anos das demandas de saúde acompanharam os gastos derivados destas ações, sejam eles custos dos pedidos, multas por atraso, honorários, dentre outros. O entendimento é de que a judicialização é um caminho válido e importante no exercício da cidadania, acesso à justiça e à saúde, no entanto, não poder ser visto como a única via.

No intuito de frear a judicialização na saúde algumas medidas foram adotadas. como as Jornadas de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que orientam as decisões judiciais para diminuir os danos causados. Após isso, o CNJ criou uma política de resolução de conflitos, além de tentar mais uma vez racionalizar as decisões por meio de bancos de dados e órgãos técnicos da saúde. Com especial destaque a edição da Portaria nº 245/2020 que institui o Fórum Nacional para que haja um monitoramento das demandas de saúde.

Dentre todas as medidas adotadas, a resolução alternativa de conflitos obteve maior destaque, principalmente quando em 2014, no Rio de Janeiro, houve a criação da Câmara de Resolução de Litígios da Saúde (CRLS). Esta que em surgiu de uma iniciativa conjunta de diversos órgãos, mas ficando vinculada à Defensoria do Estado do Rio de Janeiro.

O órgão utiliza-se da solução administrativa de conflitos, que apresenta diversas vantagens como a celeridade, o diálogo entre as partes, aproximação dos órgãos com a população, mas principalmente, evita que haja um gasto descomedido no âmbito da saúde ao passo que contempla o direito do cidadão. A CRLS acabou inspirando diversas outras entidades semelhantes pelo país, como no Distrito Federal, Rio Grande do Norte, Bahia e Sergipe.

Neste último, visto que a judicialização estava corrompendo as previsões orçamentárias voltadas a suprir os serviços públicos da saúde, pensou-se na criação da CRLS da Defensoria Pública de Sergipe, com apoio das Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Foi

oficialmente criada em 2018 pela Resolução nº 010/2018 da Defensoria Pública do Estado e regulamentada pela Portaria nº 01/2018.

Nota-se que logo após o início de seu exercício, por exemplo, puderam ser economizados R\$ 13.080.517,30 apenas no ano de 2018, obtendo um índice de 51,50% de resolução média dos casos. Desta forma, pode-se constatar que, de fato, a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde da Defensoria Pública do Estado de Sergipe pode ser um relevante instrumento no intuito de auxiliar as políticas públicas de saúde, dando celeridade aos casos atendidos, ao mesmo tempo que evita um excesso de judicialização.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO (AGU). Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Disponível em:

<http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../Panorama%20da%20judicializacao> Acesso em: 08 nov. 2021.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

ANDRADE, Fernando Gomes de. Direitos de fraternidade como direitos fundamentais de terceira dimensão: aspectos teóricos e aplicabilidade nas decisões do Supremo Tribunal Federal brasileiro. **Amicus Curiae**, v. 8, p. 1-25, 2011.f. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/amicus/article/view/570>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ANDRADE, Luana Caetano; BISPO JÚNIOR, José Patrício; FERREIRA, Luciano Nery, OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Direito à saúde e judicialização: estudo dos processos judiciais em saúde no município de Vitória da Conquista (BA). In: OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. ERTHAL, Regina Maria de Carvalho; VIANNA, Marcos Besserman; MATTA, Jairo Luis Jacques da; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; BONFATTI, Renato José (Orgs). **Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 332 p. 33- 53 Acesso em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969170>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BARBOSA, Luiz Carlos Silva. Reflexos da Declaração Universal dos Direitos Humanos no Ordenamento Jurídico brasileiro. **Revista de Direito Internacional e Globalização Econômica**, v. 03, n. 03, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/DIGE/article/view/38684>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(Syn) thesis**, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRANCO, P. O acesso ao direito e à justiça: um direito humano à compreensão. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2008 (Oficina do CES, n. 305). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/11078> Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. **Lei 13.140, de 26 de junho de 2015. Lei de Mediação**. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 591, de 6 de julho de 1992**. Dispõe sobre Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (1. Turma). **Recurso Extraordinário 242859 RS** Administrativo. Estado do Rio Grande Do Sul. Doente portadora do vírus HIV, carente de recursos indispensáveis à aquisição dos medicamentos de que necessita para seu tratamento. Obrigação imposta pelo acórdão ao estado. Alegada ofensa aos Arts. 5º, i, e 196 da constituição federal. Relator: Min. Ilmar Galvão, 29 de junho de 1999. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14696631/recurso-extraordinario-re-242859-rs> Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Segundo Agravo Regimental no Ação Cível Ordinária 1.472**. Direito fundamental à saúde – Portadores de transtornos mentais – Desatendimento dos comandos constitucionais que tratam diretamente da dignidade da pessoa humana – Descumprimento de encargo político-jurídico - cobrança por parte da união para que os réus cumpram sua parcela de responsabilidade no atendimento da política nacional de assistência aos pacientes com transtornos mentais – Necessidade de intervenção do judiciário para a garantia do núcleo essencial de direitos de pessoas vulneráveis [...] Relator: Ricardo Lewandowski, 01 de setembro de 2017. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=13612312#:~:text=Ementa%3A%20DIREITO%20FUNDAMENTAL%20À%20SAUDE,PARCELA%20DE%20RESPONSABILIDADE%20NO%20ATENDIMENTO> Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processual civil. **Agravo interno nos embargos de declaração na petição no recurso especial 1657156 / Rj**. Representativo de controvérsia. Fornecimento pelo poder público de medicamentos que não consta em atos normativos do sus. Indeferimento do requerimento para admissão de *amicus curiae*. Requisitos da utilidade e conveniência não atendidos. Relator: Benedito Gonçalves, 11 de abril de 2018a. Disponível em: <https://oabjuris.neoway.com.br/process/ea2c44d3fd4e33cf3988be17ee8ad415e3d21d3ab7944e9b19047c6d76e4dae8?searchId=cd4afd8d-afa1-40ba-9722-f594395849d8> Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). Agravo de Instrumento 639436 Agravo regimental no agravo de instrumento. Direito à saúde. Fornecimento de medicamento. Bloqueio de verbas públicas. Possibilidade. Repercussão geral reconhecida. Precedentes. Relator: Min. Dias Toffoli, 17 de setembro de 2018b. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14696631/recurso-extraordinario-re-242859-rs>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (1. Turma). Agravo Interno no Recurso Especial 1654716/ Rn. Administrativo. Agravo interno. Direito à saúde. Fornecimento de medicamento. Tutela provisória deferida. Responsabilidade solidária dos entes federativos. Agravante: Estado do Rio Grande do Norte. Agravado: Angelo Eugenio Couto Silveira. Relator: Min. Sérgio Kukina, 03 de setembro de 2018c. Disponível em: <https://oabjuris.neoway.com.br/process/5642c4eb7ec56e38c7eecd618d46c8dd27c4483e0b08a27b3eedcef61c5e9210?searchId=e3105b0e-6b09-4451-b483-5a41ef6e9905> Acesso em: 15 jun. 2021.

CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (CRLS), **DEFENSORIA.SE**. Aracaju. 12 dez. 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.se.def.br/?p=21249> Acesso em: 16 nov. 2021.

Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). **PGE/RJ**. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls> Acesso em: 28 ou 2021.

CARDOSO, Henrique Ribeiro. **O Paradoxo da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: Um ponto cego do Direito? Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2017.

CARVALHO, Martina Batista de. O Fenômeno Da Judicialização Na Prestação Do Direito À Saúde No Estado De Sergipe. **DIKÉ Revista do Mestrado em Direito da UFS**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3580> Acesso em: 16 nov. 2021.

COELHO, Inocêncio Mártires. Apontamentos para um debate sobre o ativismo judicial. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/230225237.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2021.

COMPARATO, Fábio Konder. Fundamento dos direitos humanos. **Cultura dos direitos humanos**. São Paulo: LTR, p. 52-74, 1998. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43946266/comparato_fundamentos_dh.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e solução. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf> Acesso em: 07 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE: Ações para acesso à saúde pública de qualidade. Relatório Judicialização e Sociedade. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf Acesso em: 18 mar. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução Nº 125 de 29 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156> Acesso em: 08 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Portaria Nº 245 de 13 de novembro 2020a**. Altera a composição do Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3571> Acesso em: 06 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Processo CNJ SEI nº 10304/2020**. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Ministério da Saúde e O Conselho Nacional de Justiça para os fins que especifica. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/12/TCOT_042_2020.pdf Acesso em: 08 nov. 2021.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva; CIPRIANI, Manoella Peixer. Sobre o ativismo judicial nas questões relacionadas ao direito à saúde: mensageiro da boa nova ou lobo em pele de cordeiro. *Revista Brasileira de Direito*, v. 13, n. 3, p. 163-188, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6233926> Acesso em 02 dez. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do Direito à Saúde no Brasil, **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-35, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100005&script=sci_abs. Acesso em: 15 maio 2021.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 506-513, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n105/506-513/pt/> Acesso em 06 nov. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/208-223/pt/>. Acesso em: 06 jun. 2021.

FONSECA, Reynaldo Soares da; FONSECA, Rafael Campos Soares da. **Fraternidade e o financiamento dos direitos fundamentais sociais em tempos de calamidade pública de natureza sanitária**. Disponível em: <https://portaliedf.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Fraternidade-e-Financiamento-de-Direito-Sociais-na-COVID-Ministro-Reynaldo-e-Rafael-Campos.pdf> Acesso em: 13 jun. 2021.

FLEURY, Sonia. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em debate*, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf> Acesso em: 08 nov. 2021.

GALVÃO, Ciro Di Benatti. Ativismo judicial: o contexto de sua compreensão para a construção de decisões judiciais racionais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ciro-Benatti/publication/291969836_Ativismo_judicial-contexto_de_sua_compreensao_para_a_construcao_de_decisoes_racionais/lin

[ks/56a7a49708ae0fd8b3fe179f/Ativismo-judicial-contexto-de-sua-compreensao-para-a-construcao-de-decisoes-rationais.pdf](https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-compreensao-para-a-construcao-de-decisoes-rationais.pdf) Acesso em: 27 jun. 2021.

GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas**. Belo Horizonte: Interesse Público – IP, ano 17, n. 89, p. 57-81, jan./fev. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; MENDOZA-RUIZ, Adriana; PILAR, Aline de Carvalho Amand; ROSA, Matheus Cantanhêde da; MARTINS, Gabrieli Branco; SANTOS, Isabela Soares; SILVA, Danielle Barata; VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; CASTRO, Valeria Cristina Gomes de; SILVA, Priscilla Oliveira da; MACHADO, Cristiani Vieira, Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.32, n.6, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1763-1776/> Acesso em: 22 mar. 2021.

IBGE, **Sergipe**: Serviços de Saúde de 2009. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama> Acesso em: 17 nov. 2021.

JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20048> Acesso em: 06 jun. 2021.

JABORANDY, Clara Cardoso Machado; MACHADO, Carlos Augusto Alcântara; DA FONSECA, Reynaldo Soares. A (in) completude da teoria dos direitos fundamentais sociais: a compreensão dos direitos e deveres fundamentais a partir do princípio esquecido da fraternidade. **Revista Pensamento Jurídico**, v. 13, n. 2, 2019. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/181> Acesso em: 09 jul. 2021.

JAMESON, Fredric. Pós-modernidade e sociedade de consumo. **Novos estudos CEBRAP**, v. 12, p. 16-26, 1985. Disponível em: <https://bit.ly/3hzGFEP> Acesso em: 12 jul. 2021.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Aumenta o número de processos. **SE.GOV**, Sergipe, maio 2013a. Disponível em: <https://www.se.gov.br/noticias/saude/judicializacao-da-saude-aumenta-o-numero-de-processos> Acesso em: 16 nov. 2021.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Gastos que comprometem planejamento. **SE.GOV**, Sergipe, maio 2013b. Disponível em: <https://www.se.gov.br/noticias/saude/judicializacao-da-saude-gastos-que-comprometem-planejamento> Acesso em: 16 nov. 2021.

LAFER, Celso. A ONU e os direitos humanos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 169-185, 1995. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/RKQnhmVyfNTkqNpLW8rbQcn/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LAZZARIN, Sonilde K. O princípio da fraternidade na Constituição Federal Brasileira de 1988. **Direito & Justiça**, v. 41, n. 1, p. 92-99, 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fadir/article/>. Acesso em: 02 jun. 2021.

LIMA, Newton de Oliveira. O cosmopolitismo kantiano e a fundamentação dos direitos humanos. **Aufklärung: revista de filosofia**, v. 5, n. 1, p. 53-60, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6579637>. Acesso em 05 jan. 2022.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à saúde e critérios de aplicação. **Direito Público**, v. 3, n. 12, 2006. Disponível em: <https://portal.idp.emnuvens.com.br/direitopublico/article/viewFile/1324/790>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MACEDO, Saulo Lamartine [**Dados da Câmara de Resolução de Litígios**]. WhatsApp. 26 ago. 2021. 08:19. Mensagem de WhatsApp.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. **A Fraternidade como Categoria Jurídica: fundamentos e alcance**. Curitiba: Appris, 2017.

MACHADO, Clara; MARTINI, Sandra Regina. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. **REI-Revista Estudos Institucionais**, v. 4, n. 2, p. 774-796, 2018. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.emnuvens.com.br/REI/article/view/190>. Acesso em: 05 jun. 2021.

MARTINI, Sandra Regina; OLIVEIRA, Christiano Augusto Seckler de. O direito à saúde e os determinantes sociais. **Revista da Defensoria Pública**, v. 2, n. 1, p. 284-285 jul/dez 2008. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/Revista_1_volum_2.pdf#page=30 Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTINI, Sanda Regina; STURZA, Janaína Machado. **Direitos Humanos: saúde e fraternidade**. Porto Alegre: Evangraf, 2019. Disponível em: https://www.academia.edu/download/61292000/direitos_humanos_saude_e_fraternidade20191121-79749-1 Acesso em: 15 maio 2021.

MATTOS, Karina Denari Gomes de. SOUZA FILHO, Gelson Amaro de; Ativismo judicial e direito à saúde: uma análise da tutela jurisdicional nas ações de medicamentos. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, v. 6, n. 6, 2010. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/download/2396/1920> Acesso em: 03 jan. 2022.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de saúde pública, v. 18, p. S77-S87, 2002. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v18s0/13795.pdf Acesso em: 03 jan. 2022.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: In. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-16609>. Acesso em: 16 jun. 2021.

NUNES, Ana Luísa Tarter; COUTINHO, Nilton Carlos; LAZARI, Rafael José Nadim de. Políticas públicas e ativismo judicial: o dilema entre efetividade e limites de atuação. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/viewFile/31119/pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

NUNES, André. SANTOS, James Richard Silva. BARATA, Rita Bernardes. VIANNA, Solon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9027>. Acesso em: 06 abr. 2021.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **UNFPA Brasil**, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio> Acesso em: 03 jan. 2022.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS), **odsbrasil**, 2022. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2022.

ODS, O QUE É A AGENDA 2030? **Plataforma Agenda 2030**, 2017. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br>. Acesso em: 10 dez. de 2020.

OLIVEIRA, Fábio Gondinho de. **(Não) Levando a sério a autocontenção judicial como limite à jurisdição constitucional**. 2021. Dissertação (Mestrado em Direito) – Instituto Brasiliense de Direito Público, Teresina, Piauí, 2021.

ONU. Assembleia Geral da ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: https://declaracao1948.com.br/declaracao-universal/declaracao-direitos-humanos/?gclid=CjwKCAjw8cCGBhB6EiwAgOReyym7YapMR_Zes64rrDO1Rbe4nHJbLMs-7_rp2fr1KdKo6R9SnR1NnxoC0tcQAvD_BwE. Acesso em: 21 jun. 2021.

ORSATTO, Sílvio Dagoberto. A atuação do poder judiciário no estado constitucional em face do fenômeno da judicialização das políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, Número Especial, 2015, p. 238-251. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/viewFile/31119/pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PAIM, Patrícia. Os Passos do SUS: do Apogeu à Falência. A Judicialização da Saúde. **Coletânea Direito à Saúde**, p. 86-91, 2018. Disponível em: <https://www.ceapetce.org.br/uploads/documentos/5e8c8f60cbd576.32070875.pdf#page=87>. Acesso: 18 abr. 2021.

PIOVESAN, Flávia Cristina. Sistema internacional de proteção dos direitos humanos. **I Colóquio Internacional de Direitos Humanos**. São Paulo, Brasil, 2001.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/flaviapiovesan/piovesan_sip.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

PGE, **CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (CRLS)**, 2021. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls> Acesso em: 12 jul. 2021.

PNUD, DECLARAÇÃO DO MILÊNIO, PNUD Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>. Acesso em: 11, dez. de 2020.

PIRES, Cristiano Coelho O princípio da Fraternidade como Modo de agir no Estado Social de Direito IN: VERONESE, Josiane Rose Petry; BRITO, Rafaela Silva; FONSECA, Reynaldo Soares da (Orgs.). **A educação e o direito: a construção de uma sociedade fraterna. Temas práticos e inovadores**. v. 2. Caruaru: Asces 2021. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/2644> Acesso em: 15 set. 2021

PIMENTA, Paulo Roberto Lyrio. As normas constitucionais programáticas e a reserva do possível. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, a, v. 49, p. 7-20, 2012. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496554> Acesso em: 04 jan. 2022.

QUEIROZ, Rosiana. Direitos humanos e saúde. **Saúde e Direitos Humanos**, Brasília, DF, v. 3, n. 3. p. 45-50, 2006. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/revistas/saude/r_saude_direitos_humanos_2006.pdf#page=45 Acesso em: 11 jul. 2021.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. NETTO, Edson Barbosa de Miranda O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica do Unicritiba**, v. 4, n.49, 2017. p. 304-330. Disponível em: <http://revista.unicritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296>. Acesso em: 15 abr. 2021.

RAMOS, Thiago de Menezes; THOMASI, Tanise Zago; DUARTE JÚNIOR, Dimas Pereira. Acordos de compartilhamento de riscos para aquisição do medicamento Spinraza® no Brasil: novas perspectivas sobre a proteção jurídica dos pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.

9, n. 2, p. 99-115, 2020. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/656>
Acesso em 07 fev. 2022.

RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – RENAME,
Ministério da Saúde, Brasília, 2021. Disponível em:
<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/renome> Acesso em: 16 nov. 2021.

RIBEIRO, Diógenes V. Hassan. Judicialização e Desjudicialização: entre a deficiência do legislativo e a insuficiência do judiciário. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 50, n. 199, p. 25-33, 2013. Disponível em:
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r33785.pdf> Acesso em 09 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO. DECRETO Nº 45.034 DE 10 DE NOVEMBRO DE 2014, de 10 de janeiro de 2002. Regulamenta o procedimento para realização de acordos visando ao fornecimento no âmbito da Câmara de Resolução de Litígios Da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Do Rio de Janeiro**: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, ano XL, n. 211, p. 3, 11 nov. 2014. Disponível em:
<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTI5NzA%2C> Acesso em: 13 jul. 2021.

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Cienc. Cult**, São Paulo, v.71, n.1, jan./Mar. 2019. Disponível em:
<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252019000100011>.
Acesso em: 16 maio 2021.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. Saúde, Desigualdade e Judicialização: Vamos ou não vamos dar instrumentos para Insurgência dos Excluídos? A Judicialização da Saúde. **Coletânea Direito à Saúde**, p. 86-91, 2018. Disponível em:
<https://www.ceapetce.org.br/uploads/documentos/5e8c8f60cbd576.32070875.pdf#page=77>. Acesso em: 02 jun. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 273-280, 2013. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/273-280/>. Acesso em: 06 jun. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 67, p. 125-172, 2008. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPubl>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SCHULZE, Clênio Jair. Direito à saúde e o Poder Judiciário. In: SCHULZE, Clênio Jair; GEBRAN NETO, João. Pedro. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 25-64. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.p> Acesso em: 11 jul. 2021.

SERGIPE, **Resolução nº 010/2018**, Dispõe Acerca da Criação e Funcionamento da Câmara de Resolução de Litígios da Saúde – CRLS da

Defensoria Pública do Estado de Sergipe e dá outras providências, 2018a. Aracaju, Defensoria Pública do Estado de Sergipe. Disponível em: <https://www.defensoria.se.def.br/wp-content/uploads/2018/12/RESOLUÇÃO-N.º-010.2018.pdf> Acesso em: 16 nov. 2021.

SERGIPE, **Portaria nº 01/2018**, Dispõe Acerca do atendimento inicial, da documentação necessária à resolução administrativa e o fluxograma de atendimento da Câmara de Resolução de Litígios e dos CATES, 2018b. Aracaju, Defensoria Pública do Estado de Sergipe. Disponível em: <https://www.defensoria.se.def.br/wp-content/uploads/2018/12/Portaria-01.2019-CRLS.pdf> Acesso em: 16 nov. 2021.

SIGTAP 2021 - Como usar a Tabela de procedimentos do SUS online, **Cartão SUS**, 2021. Disponível em: <https://www.cartaosus2020.com/sigtap-2020-como-acessar-e-usar-a-tabela/> Acesso em: 16 nov. 2021.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des) judicialización de la salud: mediación y diálogos interinstitucionales. *Revista Bioética*, v. 25, p. 290-300, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/zcLjsNSgKDsCD5rxBQNz3LD/?format=html&lang=es> Acesso em: 12 nov. 2021.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A justiciabilidade dos direitos sociais: críticas e parâmetros. In: SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (Org.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 521-522.

STIBORSKI, Bruno Prange. Reserva do possível: Origem, conceito e ordens. **Jusbrasil**, 2015. Disponível em: <https://bstiborski.jusbrasil.com.br/artigos/197458820/reserva-do-possivel-origem-conceito-e-ordens> Acesso em: 15 ago. 2021.

TAVARES, André Ramos. Curso de direito constitucional. 11. ed. **São Paulo: Saraiva**, 2013. Disponível em: <http://noosfero.ucsul.br/articles/0010/3240/tavares-andr-ramos-curso-de-direito-constitucional.pdf> Acesso em: 04 jan. 2022.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; PAIXÃO, Enny Santos da; CARMO, Eduardo Hage; BARRETO, Florisneide Rodrigues; PENNA, Gerson Oliveira. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1819-1828, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1819-1828/pt/>. Acesso em: 06 jan. 2021.

TRAVASSOS, Cláudia, VIACAVA, Francisco., FERNANDES, Cristiano, ALMEIDA, Célia Maria (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, pp. 133-149, 2002. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n1/7085.pdf Acesso em: 03 jan. 2022.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos

Costa; Noronha, José de Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, SciELO - Editora FIOCRUZ, v. 2, p. 183-206, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/17347459/POLITICA_E_SISTEMA_DE_SAÚDE_NO_BRASIL Acesso em: 03 jan. 2022.

UNIÃO EUROPEIA. **Directiva 2008/52/CE** del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles. 2008. Disponível em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008l0052:es:NOT> Acesso em: 08 nov. 2021.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; Pepe, Vera Lúcia; SCHRAMM, Edais Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lan>. Acesso em 15 jun. 2021.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, p. 1989-2014, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/wDNSWMTBCFnfNV7F5RF4kzy/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01 nov. 2021.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1751-1762/> Acesso em: 18 abr. 2021.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: um direito fundado na fraternidade. **Saúde e Direitos Humanos**, p. 65-86, 2004. Disponível: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2008.pdf#page=65. Acesso em: 19 maio 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9714> Acesso em: 03 jan. 2022.