



FACULDADE NACIONAL DE DIREITO



UFRJ

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**LILIAN MORELLATO SEABRA COGNAC**

**Rio de Janeiro  
2020.2**



**LILIAN MORELLATO SEABRA COGNAC**

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Dr. Bruno Garcia Redondo.

**Rio de Janeiro  
2020.2**



### CIP - Catalogação na Publicação

CC676i Cognac, Lilian Morellato Seabra  
O impacto da judicialização da saúde nas políticas públicas / Lilian Morellato Seabra Cognac. -- Rio de Janeiro, 2021.  
41 f.

Orientador: Bruno Garcia Redondo.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2021.

1. Saúde. 2. Judicialização. 3. Políticas públicas. I. Redondo, Bruno Garcia, orient. II. Título.



**LILIAN MORELLATO SEABRA COGNAC**

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Dr. Bruno Garcia Redondo.



## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção e por renovar a cada dia a força e a coragem para seguir a caminhada.

Aos meus pais, Angélica e Ludeir, e meu irmão, Roberto, pelo alicerce que a família representa em minha vida.

Ao meu marido, Bruno, pelo amor, pela compreensão e, acima de tudo, por todo o companheirismo ao longo dos 22 anos juntos na caminhada de nossas vidas. Esse momento seria impossível sem seu apoio incondicional.

Aos meus queridos amigos, Pedro Paulo, Anderson, Carolina, Simone, Vitória, Camila e Fabiana, que me apoiaram ao longo dos anos de estudo.

Às Defensoras Públicas, Dra. Thaísa Guerreiro e Dra. Raphaela Jahara, não apenas por todos os ensinamentos, mas também por me inspirarem e me encorajarem a seguir firme na jornada.

Às Defensoras Públicas, Dra. Alessandra Nascimento e Dra. Samantha Monteiro, pelo apoio em todos os momentos desafiadores que enfrentamos como equipe.

Aos Defensores Públicos, Dr. Rodrigo Azambuja, Dra. Andrea Carius, Dra. Alessandra Bentes, Dra. Márcia Fernandes e Dra. Luciene Torres, pelo carinho e pela confiança no meu trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Bruno Redondo, por ter me aceitado como sua orientanda.



“O saber contra a ignorância, a saúde contra a doença, a vida contra a morte. Mil reflexos da batalha permanente em que estamos todos envolvidos.”

Oswaldo Cruz



## RESUMO

Torna-se importante discorrer sobre o impacto da judicialização da saúde nas políticas públicas, uma vez que o direito à saúde é insculpido como direito fundamental na Constituição de 1988. À medida que se observa o fenômeno da judicialização no direito à saúde, com expressiva demanda judicial de prestações de saúde, provocada pela indisponibilidade de oferta suficiente no Sistema Único de Saúde - SUS, analisa-se também a dificuldade de o Estado atender aos cidadãos que, não tendo seus direitos atendidos, recorrem ao Judiciário para garantir e efetivar seu direito. O presente estudo aborda, ainda, o posicionamento que vem sendo adotado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento individual daqueles que pleiteiam o fornecimento de medicamentos essenciais, muitas vezes à continuidade da própria vida. Apesar do diálogo por parte dos profissionais do Direito, a judicialização da saúde persistirá, na medida que o Poder Público se demonstre incapaz de executar, de forma adequada e efetiva, as políticas públicas em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde; Judicialização; Políticas públicas.



## ABSTRACT

It's important to discuss the impact of the judicialization of health on public policies, since the right to health is inscribed as a fundamental right in the 1988 Constitution. As the phenomenon of judicialization in the right to health is observed, with significant demand judicial provision of health benefits, caused by the unavailability of sufficient supply in the Unified Health System - SUS, it also analyzes the difficulty for the State to serve citizens who, having not met their rights, turn to the Judiciary to guarantee and enforce their right. The present study also addresses the position that has been adopted by the Supreme Federal Court in the individual judgment of those who plead for the supply of essential medicines, often to the continuity of their own lives. Despite the dialogue on the part of legal professionals, the judicialization of health will persist, insofar as the Public Power proves to be incapable of executing public health policies properly and effectively.

**Keywords:** Health; Judicialization; Public policy.





## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>1 DIREITO À SAÚDE</b>	11
1.1 Proteção constitucional do direito à saúde	11
1.2 O papel do Judiciário	13
1.3 Direito à Saúde e o SUS	15
<b>2 EFETIVAÇÃO DO DIREITO DE SAÚDE</b>	17
2.1 Direito e políticas públicas	17
2.2 Atuação da Defensoria Pública na garantia dos direitos de saúde	19
2.3 Acesso a medicamentos	21
<b>3 PRINCÍPIOS DE ATUAÇÃO</b>	23
3.1 Câmara de Resolução de Litígios em Saúde – Rio de Janeiro	23
3.2 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) nos processos judiciais	25
3.3 A legitimidade da atuação do Poder Judiciário das políticas públicas de saúde	28
<b>4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	31
4.1 A Atenção Primária em Saúde enquanto base para a construção das Redes de Atenção à Saúde – RAS	31
4.2 A fragmentação do SUS e suas consequências	35
<b>CONCLUSÃO</b>	37
<b>REFERÊNCIAS</b>	39



## INTRODUÇÃO

A judicialização, como expediente de efetivação do direito à saúde, tem sido um tema de grande relevância, à medida que se observa um aumento rápido e progressivo do número de ações judiciais individuais para o fornecimento de prestações de saúde em face dos entes públicos.

O início do fenômeno de judicialização da saúde ocorreu na década de 90, focado no fornecimento de medicamentos antirretrovirais para pacientes portadores de HIV/AIDS. Segundo relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências”, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça em 2015, a solicitação por ações e serviços de saúde, notadamente, medicamentos, vem crescendo significativamente nos últimos anos. Observa-se, ainda, a ampliação de solicitações de exames, cirurgias e internações por intermédio do Poder Judiciário, evidenciando uma mudança do perfil da judicialização da saúde no Brasil.

Dentre as políticas setoriais no Brasil, a saúde ganha destaque por sua acentuada politização e forte presença de grupos de pressão, dados os interesses políticos, sociais, econômicos e institucionais envolvidos. Uma vez que a judicialização da saúde repercute no orçamento e no planejamento da saúde nos três entes federativos e afeta diretamente as relações dos envolvidos no processo, quais sejam, cidadãos, profissionais do Direito e da Saúde e gestores públicos, torna-se fundamental entender o fenômeno, conhecer os fatores que contribuem para sua ocorrência e compreender quais seus impactos sobre as políticas públicas.

A tônica da desigualdade e da falta de equidade no acesso aos serviços de saúde traduz uma demonstração inequívoca das condições insatisfatórias de acesso e da precariedade dos serviços públicos hospitalares e ambulatoriais de prevenção, de rotina ou urgência/emergência. A extensão dos problemas de saúde, vividos pela população carente, fica mais explícita quando se verifica o risco de morte por certas doenças consideradas evitáveis, como às associadas ao estado nutricional, às más condições de moradia e à ausência de serviços básicos de saneamento.

Igualdade de acesso para necessidades iguais é um princípio que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais, planos, recursos, serviços, entre outras coisas que, por si só, regulariam a demanda e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população.



No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das garantias instituídas pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.

O acesso assim entendido deveria ser, em tese, a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustém a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde condição *sine qua non* para a regionalização e descentralização que a Constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis.

Garantir o acesso da população à rede de serviço de saúde é função do Estado e das políticas que ele apresenta para viabilizá-lo. Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda.

Portanto, quando o acesso não é eficaz, tem-se o aumento da judicialização do direito à saúde, que esbarra na sistemática contestação da União, Distrito Federal, Estados e Municípios, por causa da necessidade de realocação de recursos públicos para o atendimento das decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, internações e *home care*.

Sob a perspectiva de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, a atuação da Defensoria Pública assume papel de importância no processo de judicialização, uma vez que partilha da ótica maior da construção da cidadania a partir das reivindicações concretas dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.

A pesquisa tem por finalidade demonstrar os problemas encontrados para efetivação do direito à saúde, culminando na judicialização e os seus efeitos. O estudo se torna relevante à medida em que se observa significativo crescimento das demandas judiciais, comprovando, assim, que a judicialização é um elemento de grande eficácia na efetivação do direito à saúde, não se podendo esquecer, por outro lado, que certas decisões podem representar algum grau de dificuldade de cumprimento de demanda particular por parte da Administração Pública.



Quanto ao embasamento teórico procura-se, através de uma pesquisa bibliográfica e documental, coletar conceitos que justifiquem trazer luz ao tema sob o ponto de vista da análise realizada pela autora. Não obstante, o presente trabalho volta o olhar para proposição de caminhos que sugiram soluções para a questão de suma importância para a sociedade na atualidade.

## **1 DIREITO À SAÚDE**

Sabe-se que o papel das constituições, desde a origem do constitucionalismo como limitação do Poder Estatal, forjado pela ideologia liberal, centrou-se na separação dos Poderes e na garantia dos direitos fundamentais, notadamente os de defesa, também chamados de civis e políticos, a ensejar obrigações negativas por parte do Estado (DANIELLI, 2017, p.59).

### **1.1 Proteção constitucional do direito à saúde**

A judicialização, como expediente de efetivação do direito à saúde, tem sido um tema de grande relevância, à medida que se observa um aumento rápido e progressivo do número de ações judiciais individuais para o fornecimento de prestações de saúde em face dos entes públicos.

O início do fenômeno de judicialização da saúde ocorreu na década de 90, focado no fornecimento de medicamentos antirretrovirais para pacientes portadores de HIV/AIDS. Segundo relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências”, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça em 2015, a solicitação por ações e serviços de saúde, notadamente, medicamentos, vem crescendo significativamente nos últimos anos. Observa-se, ainda, a ampliação de solicitações de exames, cirurgias e internações por intermédio do Poder Judiciário, evidenciando uma mudança do perfil da judicialização da saúde no Brasil.

Dentre as políticas setoriais no Brasil, a saúde ganha destaque por sua acentuada politização e forte presença de grupos de pressão, dados os interesses políticos, sociais, econômicos e institucionais envolvidos. Uma vez que a judicialização da saúde repercute no orçamento e no planejamento da saúde nos três entes federativos e afeta diretamente as relações dos envolvidos no processo, quais sejam, cidadãos, profissionais do Direito e da Saúde e gestores públicos, torna-se fundamental entender o fenômeno, conhecer os fatores que contribuem para sua ocorrência e compreender quais seus impactos sobre as políticas públicas.

A tônica da desigualdade e da falta de equidade no acesso aos serviços de saúde traduz uma demonstração inequívoca das condições insatisfatórias de acesso e da precariedade dos



serviços públicos hospitalares e ambulatoriais de prevenção, de rotina ou urgência/emergência. A extensão dos problemas de saúde, vividos pela população carente, fica mais explícita quando se verifica o risco de morte por certas doenças consideradas evitáveis, como às associadas ao estado nutricional, às más condições de moradia e à ausência de serviços básicos de saneamento.

Igualdade de acesso para necessidades iguais é um princípio que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais, planos, recursos, serviços, entre outras coisas que, por si só, regulariam a demanda e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população.

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das garantias instituídas pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.

O acesso assim entendido deveria ser, em tese, a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustém a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde condição *sine qua non* para a regionalização e descentralização que a Constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis.

Garantir o acesso da população à rede de serviço de saúde é função do Estado e das políticas que ele apresenta para viabilizá-lo. Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda.

Portanto, quando o acesso não é eficaz, tem-se o aumento da judicialização do direito à saúde, que esbarra na sistemática contestação da União, Distrito Federal, Estados e Municípios, por causa da necessidade de realocação de recursos públicos para o atendimento das decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, internações e *home care*.

Sob a perspectiva de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, a atuação da Defensoria Pública assume papel de importância no processo de judicialização, uma vez que



partilha da ótica maior da construção da cidadania a partir das reivindicações concretas dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.

A pesquisa tem por finalidade demonstrar os problemas encontrados para efetivação do direito à saúde, culminando na judicialização e os seus efeitos. O estudo se torna relevante à medida em que se observa significativo crescimento das demandas judiciais, comprovando, assim, que a judicialização é um elemento de grande eficácia na efetivação do direito à saúde, não se podendo esquecer, por outro lado, que certas decisões podem representar algum grau de dificuldade de cumprimento de demanda particular por parte da Administração Pública.

Quanto ao embasamento teórico procura-se, através de uma pesquisa bibliográfica e documental, coletar conceitos que justifiquem trazer luz ao tema sob o ponto de vista da análise realizada pela autora. Não obstante, o presente trabalho volta o olhar para proposição de caminhos que sugiram soluções para a questão de suma importância para a sociedade na atualidade.

## 1.2 O papel do Judiciário

A judicialização da saúde é uma questão que envolve grande diversidade de bens e direitos reclamados nos tribunais, indo desde os medicamentos até muitas outras demandas, inclusive prestações sociais que estendem o papel da garantia desse direito até o orçamento público. ‘Os direitos sociais elevados ao *status* constitucional e muitas dificuldades de implementação das políticas do Estado são a causa premente da judicialização da saúde na procura pela efetivação da política que permita garantir os serviços, principalmente os da entrega de medicamentos, e os mais diversos tratamentos’ (VIEIRA, 2016, p. 35).

A judicialização da saúde é um assunto que causa polêmica e enfrenta diversos questionamentos existindo, por isso, uma dicotomia de interpretações, a favor e contra. Fleury (2012), por exemplo, defende o processo, pelo motivo de a judicialização ter um mecanismo que possibilita a cobrança do aparelho estatal na prestação de assistência à Saúde.

Existe, também, o aspecto contrário à judicialização no âmbito da saúde, por causar desequilíbrio no orçamento do poder público, quando o poder judiciário é provocado e requisita medidas de gastos não previstos no orçamento, ocasionando desequilíbrio nos recursos que trariam garantias à saúde coletiva.





Bucci; Duarte (2017, p. 45) destacam que o fenômeno da judicialização da saúde não é um tema consensual<sup>7</sup>. A rigor, o certo e mais apropriado seria falar em judicializações da saúde, uma vez que o espectro de pedidos e decisões judiciais é bastante amplo, indo desde as liminares apressadas até decisões de maior relevância coletiva, que impelem o Poder Público a aprimorar os instrumentos das políticas públicas. Também não se restringe a ações contra o Poder Público, visto que a vertente mais recente desse problema é a judicialização da saúde suplementar, em que os planos de saúde também são demandados em juízo à entrega de prestações a que estariam obrigados, em tese, ou por força de disposições regulatórias insuficientemente fiscalizadas, ou a que não estariam obrigados. O Poder Judiciário tem sido chamado a arbitrar também essas disputas.

A pertinência de se pensar numa estratégia de redução da judicialização, baseada na busca de maior racionalidade na relação entre os vários atores institucionais envolvidos: Poder Público, Poder Judiciário, usuários do sistema de saúde, operadores do sistema de justiça (BUCCI; DUARTE, 2017, p. 45)

Ainda que se reconheça que a adequada prestação dos serviços de saúde, é um projeto para muitos anos, que demanda recursos, sustentação política e estratégias de gestão, existem providências com diferentes graus de complexidade e experiências exitosas na redução da judicialização, baseadas na atuação coordenada dos sistemas de justiça e saúde.

Políticas de saúde são respostas, produzidas socialmente e conduzidas pelo aparelho estatal, às necessidades de saúde de toda a população, ainda que não sejam iguais para todos. O conceito de política de saúde, na sua acepção mais técnica, remete à ideia de modelo de atenção à saúde. Por modelo de atenção, entende-se a forma de combinação das tecnologias (conhecimentos, técnicas, equipamentos) disponíveis para atender às demandas ou necessidades de saúde. Se, atualmente, é predominante um modelo biologicista, curativista e individualista, o SUS necessário só se materializará em um modelo de atenção integral, em que sejam oferecidas – considerando-se as necessidades de saúde – tanto as ações curativas e individuais quanto as ações promocionais e preventivas. As díades problema-resposta priorizadas devem, nesse sentido, integrar as ações de promoção e as de assistência (SOUZA, 2007, p.915).

Carlos Neto (2018) afirma que os direitos fundamentais podem ser definidos como um conjunto de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos inerentes à soberania popular, que garantem a convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independentemente de credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social, tudo isso baseado no princípio da dignidade da pessoa humana.



Quando o acesso não é eficaz tem-se o aumento da Judicialização do direito à saúde encontrando sistemática contestação da União, Distrito Federal, Estados e Municípios, por causa da necessidade de realocação de recursos públicos para o atendimento das decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e internações.

Durante algum tempo, a atuação judicial esteve fortemente orientada pelo convencimento pessoal dos magistrados pelo Brasil afora. Em regra, as decisões judiciais não tinham uma sólida padronização dos limites da decisão judicial ou não traziam uma discussão mais aprofundada sobre as questões específicas de saúde. Isto fez que os magistrados decidissem com frequência de maneira “solitária” as demandas de saúde apresentadas. O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e estratégica. Nos últimos anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde, cujas estratégias envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas.

Ademais, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) deu ensejo aos tribunais para que celebrassem convênios que permitissem dar apoio técnico aos Médicos e Farmacêuticos, no sentido de auxílio nas questões apresentadas pelas partes, com observância às dificuldades de cada região, estabelecendo que os magistrados instruem as ações com relatórios dos Médicos descrevendo as doenças e suas implicações.

### **1.3 Direito à Saúde e o SUS**

Conforme Leite (2020), ao se estudar o direito à saúde no Brasil, há de se observar as normas constitucionais e infraconstitucionais que discorrem sobre o tema, partindo da premissa de que o Brasil é uma federação de natureza cooperativa.

Dessa forma, a Constituição de 1988 assim estabeleceu princípios para atender as normas elencadas no art. 6º, 196 e seguintes com finalidade de constituir um Sistema Único de





Saúde (SUS), visando atender a população, determinando que exista uma interação entre os entes federados.

O SUS se estabelece através de uma rede responsável pelas ações e serviços públicos de saúde que são prestadas pelos três entes federativos, de maneira que as competências são divididas entre eles. A iniciativa privada também participa desse Sistema, de modo complementar.

Importante que se observe que a Lei nº 8.080/1990, em seu art. 4º, institui o Sistema único de Saúde (SUS), e exprime em seu artigo 9º: “ Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I – No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II – No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III – No âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A estrutura conferida ao Sistema Único de Saúde, com a descentralização das ações e a cooperação técnica e financeira dos entes federativos reflete o federalismo cooperativo inserido pela Carta Política de 1988 (LEITE, 2020).

A atual Constituição previu a existência de um Sistema Único de Saúde, porém, de caráter descentralizado. Esse sistema é integrado por todos os entes federativos, com direção única em cada um deles, o que implica poder decisório em nível local para cada ente. Também determinou o atendimento integral, com ênfase nas atividades preventivas, as quais se mostram mais adequadas às questões de saúde coletiva, como são o controle de epidemias e pandemias, realizado através de campanhas de vacinação. Além disso, não se descuidou dos serviços assistenciais (SANTOS, 2016).

O autor aduz que o SUS deve ser valorizado e fortalecido, pois representa uma verdadeira democratização do acesso à saúde pública, realizada com uma abrangência jamais vista na história do país. Por meio dele, todos os brasileiros passaram a ser cobertos, porquanto se trata de um sistema universal.

Esse sistema, porém, não se constitui em uma conquista pronta e acabada. Ao contrário, ele é, acima de tudo, uma obra em construção, a qual requer muito trabalho e estudo para que alcance os seus objetivos. O presente trabalho visa dar a sua contribuição, lançando luzes sobre o tema, ainda pouco explorado, do complexo financiamento do SUS (SANTOS, 2016, p.76).



Santos (2016) destaca, ainda, que, sobre a forma como pode ser enxergado, é possível considerar o SUS como uma instituição. Trata-se da principal instituição do direito sanitário. Segundo Fernando Aith (*apud* Santos, 2016), seria uma instituição-organismo, por possuir todos os elementos constitutivos dessa espécie de instituição, que são: conjunto individualizado, organização interna estabelecida consoante o direito positivo, inserção na ordem geral das coisas e situação jurídica permanente. “O referido autor destaca, ainda, que o SUS é formado por diversas outras instituições jurídicas relevantes, como, por exemplo, MS, secretarias” (SANTOS, 2016, p.73).

O SUS não possui, ele próprio, personalidade jurídica. O referido sistema não pode ser, assim, titular de direitos e obrigações em nossa ordem jurídica. Dessa forma, por exemplo, o SUS não pode ser proprietário de um hospital (titular de direito de propriedade), nem devedor em caso de atraso no pagamento de algum fornecedor. Também não se deve reconhecer a ele personalidade judiciária, não podendo figurar como autor ou réu em ações judiciais. Em outras palavras, a fim de exemplificar, “A” não poderá ingressar em juízo pleiteando a concessão de um tratamento de saúde e colocar o SUS como réu da ação (SANTOS, 2016, p. 73).

O SUS constitui-se em um sistema organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Nesse contexto, deve-se deixar claro que a hierarquia referida não significa subordinação de uma esfera de governo em relação às outras. Assim, por exemplo, o Município X não se encontra subordinado à União no âmbito do SUS e nem poderia ser diferente, já que os entes políticos possuem autonomia em um Estado federal como o Brasil. A hierarquização ora tratada diz respeito aos níveis de complexidade crescente, como enuncia o art. 8º da Lei nº 8.080/1990:

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Devem ser considerados os níveis de complexidade dos serviços: a base do sistema é a atenção básica (ou primária), que realiza a triagem dos interessados em utilizar o sistema. Os demais níveis são: média complexidade (atenção secundária) e alta complexidade (atenção terciária).

## **2 EFETIVAÇÃO DO DIREITO DE SAÚDE**

### **2.1 Direito e políticas públicas**

Bucci; Duarte (2017) advertem que, no campo das análises jurídicas, a judicialização, como expediente de efetivação do direito à saúde, tem sido um tema trabalhado em grande volume. Há mais de dez anos, uma vertente nova se abriu aos estudos empíricos, que se debruçaram sobre os acórdãos a formularem perguntas centrais: quem são os proponentes das



ações? Os médicos são do SUS ou particulares? Quais os argumentos dos juízes? Quais os perfis das demandas? “Não obstante a riqueza analítica dessa abordagem, resta espaço para um trabalho de outro tipo, voltado ao futuro, com olhos para a proposição de caminhos e soluções para o problema” (BUCCI; DUARTE, 2017, p. 40).

O primeiro elemento valorizado pela abordagem de Direito e Políticas Públicas é a perspectiva do Poder Executivo. As políticas públicas, consideradas como programas de ação governamental juridicamente definidos, se associam a um instrumental de análise que se amolda bem à perspectiva do governo.

Quando o sistema é presidencialista, o Poder Executivo é responsável, tanto pela direção política do governo, como pela gestão da máquina administrativa, que impulsiona e executa as políticas públicas. Configura-se, assim, como o principal protagonista do impulso e das iniciativas que dão forma às políticas públicas. Entre elas, um papel grande recai sobre as de cunho normativo regulamentar, em geral subestimadas nas análises jurídico-acadêmicas. Embora haja interesse pelo controle da discricionariedade administrativa, é limitada a atenção às possibilidades que o manejo do poder normativo do Poder Executivo pode conferir à realização de direitos (BUCCI; DUARTE, 2017).

No caso da política de assistência farmacêutica, principal objeto da massificação da judicialização, uma das teses é a de que a ausência de um discurso único e coeso para explicar as políticas públicas voltadas à satisfação dos direitos em questão nas demandas judiciais se associa à dificuldade de apreensão de seu sentido pelo Poder Judiciário.

A falta de articulação dos gestores do sistema de saúde constitui uma dificuldade adicional. Pois o usuário que demanda um medicamento ou providência não está em contato com as abstrações da política pública, mas apenas com as medidas concretas que satisfazem ou não suas demandas por atendimento.

No plano da gestão pública, a desarticulação das esferas governamentais também se apresenta como dificuldade. A realização de metas, combinada com as necessárias medidas orçamentárias e financeiras correlatas, pode ser facilitada ou dificultada, dependendo da previsão das responsabilidades de cada um dos entes envolvidos. O arranjo jurídico-institucional deve prever, ainda, a sequência de reações recíprocas, de modo que a articulação entre os atores institucionais da política pública esteja baseada não apenas em regras de competência abertas ou gerais, mas acompanhada da previsão de procedimentos para a



administração das situações de conflito e tensão, decorrentes dos limites dados pelas próprias regras

A maioria das ações judiciais que reivindicam direitos concernentes à saúde prende-se à ideia de que o Poder Público sendo o réu, é responsável, constitucionalmente pela formulação e execução dos programas que deveriam assegurar o direito à saúde da coletividade, ou seja, de todos os potenciais destinatários de cada um dos programas, voltados a doenças ou situações específicas.

Não se considerar esse aspecto traz dificuldade própria da atuação do Poder Judiciário no controle das políticas públicas, relacionada ao caráter individualista dos mecanismos típicos do processo judicial. “A técnica do processo judicial se desenvolveu com base na teoria jurídica liberal dos direitos dos indivíduos, focada nas relações entre indivíduos e voltada aos conflitos entre indivíduos” (BUCCI; DUARTE, 2017, p.43).

Barroso (2009) esclarece que o fenômeno da judicialização da saúde está inserido no processo da judicialização da política, conceituado por ele como a crescente utilização do Judiciário como meio de resolução de conflitos gerados na arena política.

Nas palavras de Souza (2018), “um aspecto não pode passar despercebido: o processo de judicialização da política não é atentatório à democracia. É exatamente o contrário: o regime democrático é fator propulsor do fenômeno e, portanto, da participação do Poder Judiciário no controle de políticas públicas, pois que a constitucionalização dos direitos de liberdade e sobretudo sociais exige uma nova postura do Poder Judiciário, de modo a viabilizar sua efetivação na sociedade. Ou seja, além de guardião das liberdades individuais, o Poder Judiciário adquiriu papel mais complexo, de garantidor da efetivação dos direitos sociais.”

## **2.2 Atuação da Defensoria Pública na garantia dos direitos de saúde**

Ainda que se reconheçam as dificuldades de financiamento e organização do SUS, é imperioso notar que a introdução no cenário político e jurídico do direito à saúde de caráter universal e igualitário, entendido como atributo da cidadania sem qualificações tornou-se importante conquista e a atuação do Estado destinada à oferta dos serviços de saúde deixa de ser benefício de alguns segmentos sociais ou favor estatal passando a representar um dever da Administração que corresponde ao direito de titularidade do cidadão. “A saúde passou a ser



exigível para a condição de direito subjetivo, ou seja, vindicável mesmo na esfera individual” (SANT’ANA, 2018, p.5).

Estudos de Sant’Ana apresentam dados do perfil de atendimento especializado em saúde pública das Defensorias Públicas dos estados do Amazonas, Sergipe e Rio de Janeiro, além da Defensoria Pública do Distrito Federal.

A referida pesquisa identificou que a demanda por acesso a medicamentos, embora individualmente identificada seja a mais frequente, em nenhuma instituição ela representa a maioria dos atendimentos ou ações ajuizadas. Na Defensoria Pública do Rio de Janeiro, as demandas por medicamentos representaram 47% do total e na Defensoria sergipana, 39%; já na Defensoria Pública do DF e na Defensoria Pública do Amazonas a demanda por assistência farmacêutica representou apenas 28% a 22% do total, respectivamente.

Logo, apesar de relevante, a demanda por assistência farmacêutica não prepondera sobre os demais serviços que compõem a ampla assistência médico-hospitalar ofertada pelo SUS. O detalhamento dos contextos locais efetuado na pesquisa permitiu identificar que as falhas na oferta dos serviços previstos nas políticas públicas geram perfil de demandas muito plural, com destaque para dificuldade de acesso até a consultas, o mais básico dos serviços, no estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal.

Importante observar, ainda, que os dados obtidos na referida pesquisa sobre demandas por medicamentos não fazem distinção entre aquelas por acesso a medicamentos não incorporados pelo SUS e as relativas aos fármacos incluídos nas listas oficiais e nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas aprovados pelo SUS. Ou seja, não há distinção do que representa demanda por acesso a novas tecnologias farmacêuticas e as reivindicações originadas pelo desabastecimento das farmácias do SUS (SANT’ANA, 2018, p.12).

Sant’Ana (2018) relata que a alegação de que a judicialização de qualquer aspecto da vida social é um fenômeno de elites deveria ser vista com reserva em um país que alcançou 102 milhões de processos judiciais em tramitação, ou seja, um processo para cada 2 habitantes.

Ao inserir as demandas por saúde dos cidadãos das classes populares, no Sistema de Justiça, a Defensoria Pública traz grande colaboração para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde com base em sua atuação peculiar no contexto desse fenômeno mais amplo comumente denominado de judicialização da saúde.



Na seara da saúde pública, contudo, afirmar a tese da judicialização pelas elites tornou-se praticamente um senso comum, inclusive no âmbito acadêmico. No presente tópico, confronta-se essa tese em face da análise do alcance da atuação da Defensoria Pública:

A concretização do direito à saúde depende, contudo, da adequada estruturação e financiamento do SUS. Ocorre que as condições socioeconômicas desfavoráveis comprometem a mobilização política de grandes contingentes da população brasileira, notadamente daqueles cidadãos das classes populares, que não têm logrado impor o atendimento de suas necessidades no processo de construção e implementação das políticas públicas de saúde (SANT'ANA, 2018, p. 12).

Ficam, então, dependendo de serviços precários ou até existe a completa falta de atendimento. As dificuldades no acesso à saúde têm levado muitas pessoas a reivindicar, no acesso à Justiça, novo modo de agir exigindo do Estado o direito à saúde como responsabilidade e isso tem desdobramento no Sistema de Justiça, especialmente na atuação da Defensoria Pública.

### **2.3 Acesso a medicamentos**

A gestão da saúde é a mais nobre missão dos governos democráticos e o seu reconhecimento como direito traz uma responsabilidade ética e legal da implantação de políticas e ações capazes de assegurar à população as ações de assistência à saúde. Todavia, há a possibilidade de o cidadão, ao se sentir preterido por essas políticas, recorrer ao poder público para fazer valer essa obrigação do Estado e seu direito à saúde (D'ESPÍNDULA, 2013)..

De acordo com Sant'Ana (2018) há grande judicialização para acesso a medicamentos que, embora padronizados para uso no SUS, não são fornecidos aos pacientes e, ainda que haja qualidade das políticas públicas de assistência farmacêutica, vários brasileiros que recorrem às farmácias públicas se deparam com a situação de medicamentos essenciais fora de estoque.

O fornecimento dos medicamentos é de competência dos municípios, dos estados ou da União e a gestão deveria facilitar sua aquisição. Porém, muitas vezes o medicamento reivindicado não integra as listas do SUS ou sequer recebeu liberação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para sua comercialização.

Tal fato propõe algumas questões básicas: seriam as listas do SUS falhas, ao ignorar a necessidade da inclusão de certos medicamentos? Teria a indústria farmacêutica interesse em que novos medicamentos fossem incorporados rapidamente? Seja como for, parece estar sendo





atribuída ao SUS a mera função de fornecedor de medicamentos, quando seu papel deveria ser o de integrar assistência médica e farmacêutica.

Remédios da lista do SUS Conforme Medeiros, Diniz e Schwartz (2013, *apud* D'Espíndula, 2013, p. 4), seriam três as razões principais para que um medicamento não faça parte do dispensário regular do SUS.

A primeira refere-se à administração e problemas de estocagem; a segunda diz respeito a não inclusão do medicamento nas listas de dispensação seja porque não se reconhece cientificamente a eficácia terapêutica do medicamento ou porque, apesar do reconhecimento científico, o trâmite de autorização pelo sistema de vigilância sanitária não foi concluído. A terceira razão é a recusa da distribuição em função da existência de potenciais substitutos com melhor relação custo-benefício (eficiência terapêutica), conhecida como a tese da racionalidade em saúde. A lista de medicamentos essenciais do SUS inclui medicamentos de alto, médio e baixo custo, não estando vinculada a valores monetários.

Com uma demanda por saúde infinita e recursos finitos, a judicialização da Medicina, no tocante aos pedidos de medicamentos, vem impondo certa iniquidade aos usuários, numa estrutura paralela, tendo em vista o desembolso monetário crescente para o atendimento de sua demanda; uma dificuldade na execução dos serviços; uma alocação irracional de recursos e, até mesmo, possíveis danos à saúde do paciente (D'ESPÍNDULA, 2013).

A judicialização da Medicina se refere à obtenção de medicamentos gerando uma rede de tensão entre os poderes Judiciário, Executivo e Legislativo. O Judiciário, porque tem a função de fazer cumprir as leis e, neste caso, concretizar o acesso aos medicamentos solicitados; o Executivo, pois estabelece e executa as políticas públicas destinadas a garantir o cumprimento das leis; e o Legislativo, do qual emanam as leis que permitem a todos o acesso à Assistência Farmacêutica (AF).

Pedidos de medicamentos via Poder Judiciário têm se avolumado, gerando dificuldades na gestão, pois sua compra, bem como qualquer gasto, deve acompanhar uma execução orçamentária e financeira do ministério ao qual está vinculada (no caso, ao Ministério da Saúde. (D'ESPÍNDULA, 2013).

A determinação judicial do fornecimento dos medicamentos pode ser ou não benéfica. Sem tempo para prévia avaliação da real necessidade, o juiz culmina por liberar o medicamento pleiteado, podendo ou não contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do requerente em particular e da população assistida em geral.



Tem como resultados positivos induzir a atualização de programas e protocolos de práticas terapêuticas. Como resultados negativos, em vários casos, uma precoce incorporação de medicamentos, visando reduzir as demandas judiciais, por vezes sem atender adequadamente aos critérios de eficácia, segurança e prioridades sanitárias.

Foi identificado no estudo técnico do TCU esse problema, esclarecendo que “as secretarias estaduais e municipais de saúde fiscalizadas reportaram a ocorrência de significativa judicialização de itens que deveriam ser fornecidos regularmente pelo SUS” (SANT’ANA, 2018, p. 12).

A mesma falha foi destacada na pesquisa de Catanheide *et al.*, que, após revisão de 53 estudos empíricos sobre o tema, conclui que “os medicamentos pertencentes aos componentes da assistência farmacêutica do SUS estão presentes de modo significativo nas ações judiciais, mas há um predomínio de medicamentos que não fazem parte das listas oficiais”. Na referida revisão, foram encontrados desde estudos que identificaram proporção de apenas 37,7% de medicamentos não padronizados entre os pedidos em ações judiciais até estudos que encontraram a alta proporção de 77,5% (SANT’ANA, 2018, p. 12).

Mesmo nas demandas por acesso à assistência farmacêutica, uma parte relevante dessas demandas busca, apenas, o cumprimento do que está estabelecido nas políticas públicas do SUS.

Sant’Ana (2018) observa, ainda, que o estudo das características de atendimentos que a Defensoria Pública realizou em muitas unidades da Federação permite indagar a crítica comum ao nível da judicialização da saúde. Tal fato ocorre porque a atuação da Defensoria Pública em favor das classes menos favorecida se volta de modo prioritário, para o acesso aos serviços e produtos que fazem parte das políticas públicas de saúde.

Além de atuar para garantir a efetivação das políticas públicas de saúde, a Defensoria Pública age em diversas unidades da Federação e se notabiliza pela construção de atos voltados para solucionar litígios extrajudiciais, permitindo composição entre as prioridades dos cidadãos e os recursos que dispõem o SUS.

### **3 PRINCÍPIOS DE ATUAÇÃO**

#### **3.1 Câmara de Resolução de Litígios em Saúde – Rio de Janeiro**

Diante da insuficiência do processo de embate para dar conta da complexidade de conflitos em saúde, era necessário encontrar alternativas mais efetivas à judicialização. No contexto de encontrar uma via para aprimorar o diálogo entre profissionais do Direito e do SUS,





mitigando a parcela de judicialização decorrente da interlocução ineficaz entre as áreas, de modo a dirimir conflitos de forma mais célere, instala-se, no município do Rio de Janeiro, um instrumento institucional por convênios, a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde – CRLS.

O órgão tem a Procuradoria Geral do Estado (PGE-RJ) em parceria com as Defensorias Públicas do Estado e da União e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com intenção de promover atendimento aos usuários do SUS que procuram a Defensoria Pública para ter acesso aos serviços de saúde. A parceria foi estabelecida mediante Convênio de Cooperação celebrado em junho de 2012 (INNOVARE, 2018).

A CRLS adota princípios de atuação muito semelhantes aos descritos em relação às experiências da CAMEDIS e SUS mediado. Valoriza a busca de soluções administrativas para as necessidades de saúde dos usuários do SUS e sua inserção na dinâmica das políticas públicas estabelecidas<sup>66</sup>. Nesse processo, ao mesmo tempo em que se almeja reduzir o número de ações judiciais, busca-se a especialização e a personalização do atendimento do cidadão nas demandas relativas à saúde. O resultado esperado consiste em tornar “o acesso mais célere e resolutivo e diminuindo o número de novas ações”<sup>67</sup>. O atendimento também apresenta um escopo amplo, pois está voltada para demandas por “oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, exame médico, consultas ou internações (INNOVARE, 2018, p. 15).

A CRLS tem sede própria, funcionando e atendendo em grande escala, o que permite manter a mesma estrutura sempre. Os membros das Defensorias Públicas, os representantes das Secretarias de Saúde e os membros da Procuradoria-Geral do Estado e da Procuradoria do Município contam, ainda, com a colaboração do Tribunal de Justiça do RJ na designação de mediadores e a supervisão e coordenação da atividade de mediação.

Sua estrutura permite que o acolhimento aos usuários do SUS, a avaliação das demandas pelos gestores, a orientação jurídica e o encaminhamento de soluções administrativas ou de confecção de ações judiciais ocorram todas no mesmo espaço.

Os serviços são ofertados com: os atendimentos na CRLS e realizados de segundas às sextas-feiras, das 10h às 15h, sendo que, os atendimentos urgentes se estendem até as 16h30.

“Nos casos da CAMEDIS e do SUS mediado, embora o atendimento das Defensorias Públicas seja permanente, a atividade de mediação institucionalizada se dá em periodicidade mensal ou semanal, respectivamente” Em diversos Estados, o diálogo entre a Defensoria Pública e o Poder Judiciário é um modo eficaz que permite evitar o ajuizamento de ações (INNOVARE, 2018, p.15).



Em linhas gerais, o fluxo de funcionamento da CRLS<sup>1</sup> consiste na emissão prévia de relatórios técnicos por profissionais de saúde das Secretarias de Saúde do Município ou do Estado do Rio de Janeiro (Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas, Farmacêuticos e Assistentes Sociais) com o intuito de direcionar os pacientes/usuários residentes no Município do Rio de Janeiro e atendidos pelas Defensorias Públicas no fluxo de funcionamento do SUS, solucionando os pleitos extrajudicialmente. E, em caso de impossibilidade de resolução na via administrativa, instruir e qualificar as demandas judiciais. O convênio regulamenta a dinâmica do atendimento ao cidadão, após a análise técnica, de acordo com a prestação de saúde solicitada: (i) medicamentos, insumos e materiais médicos; (ii) exames e cirurgias de rotina/eletivas; e (iii) internação.

A iniciativa da CRLS surtiu êxito, e, segundo dados apresentados pela PGE-RJ<sup>2</sup>, entre setembro de 2013 e janeiro de 2020, foram realizados mais de 80 mil atendimentos a pessoas que preferiram não ir à Justiça para reclamar que suas demandas não foram atendidas na rede pública de saúde do Rio de Janeiro. Ao invés da contenda judicial, elas preferiram o centro de conciliação e de mediação para marcar cirurgias, receber medicamentos ou obter transferências entre unidades hospitalares. Somente no último ano, foram realizados 20 mil atendimentos no CRLS, dos quais, mais de 60%, conseguiram, por meio da mediação, resolver suas pendências com a rede pública de saúde. A opção do público pela conciliação tem crescido mês a mês ao longo dos sete anos de existência da Câmara. O índice de resolução administrativa extrajudicial dos casos passou de 35%, no lançamento da CRLS, em setembro de 2013, para 68%, em dezembro de 2019.

### **3.2 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) nos processos judiciais**

Bucci e Duarte (2017) destacam que, no entender da política de medicamentos de 1998, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) exerce um caráter central de racionalização, atuando como vetor de organização da produção e provisão de medicamentos,

---

<sup>1</sup> <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/o-sus/orgaos-relevantes-nas-demandas-judiciais/>.

<sup>2</sup> <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>



ao mesmo tempo em que institucionaliza, em termos, o compromisso de disponibilidade e fornecimento

A adoção das primeiras listas oficiais de medicamentos no Brasil data de 1964, antecipando a recomendação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, quando foi publicada a primeira lista modelo de medicamentos daquela entidade. Em 1975, a lista, cujas atualizações estavam a cargo da Central de Medicamentos (CEME), recebe a denominação que mantém até hoje, RENAME (BUCCI; DUARTE, 2017, p. 51).

Bucci e Duarte (2017) informam que qualquer medicamento ou procedimento deve ser buscado, independentemente de seu valor, se puder trazer melhoria para a saúde da pessoa. Sob o ponto de vista da saúde da coletividade, contudo, tanto a hierarquização de prioridades como a realização de balanço entre custo e efetividade (benefício) são condutas legítimas e, mais do que isso, recomendadas pela autoridade mundial sobre o tema. Essa ordem de prioridades leva em conta princípios de saúde (e de justiça) coletiva.

No ano de 2011, o Poder Executivo deu impulso para organização da assistência farmacêutica, por meio da alteração da Lei n. 8.080 e da edição de normas infralegais que valorizaram, ainda mais, o papel da RENAME como instrumento de organização da política.

Após 2011, houve maior cuidado com a revisão periódica da lista de medicamentos, para a incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos no SUS, fixando-se prazo de dois anos para as atualizações periódicas da RENAME.

Cria-se outra instância oficial responsável pela avaliação de tecnologias em saúde, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa instância, regulamentada pelo Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, tem grande peso dos representantes governamentais em sua composição. Sua condição de assegurar a efetividade do planejamento e a continuidade técnica, preservada de conflitos de interesses, como é necessário a todo esse processo, é algo que ainda deverá ser provado ao longo das próximas atualizações das listas (BUCCI; DUARTE, 2017, p. 62).

Não há previsão de consequências para a inobservância dos prazos de atualização, tendo sido vetado dispositivo que tratava dessa matéria na Lei n. 12.401, de 2011, de modo que a plena institucionalização dessa política permanece sendo um desafio.

Bucci; Duarte, (2017) pontuam alguns limites das listas de medicamentos, que se revelam nas ações judiciais sobre o direito à saúde sendo o primeiro de caráter econômico, pela incompatibilidade entre a velocidade de desenvolvimento de novas tecnologias terapêuticas e a escassez de recursos dos orçamentos da saúde pública. “Existe uma tensão



permanente entre o aumento da expectativa de vida da população e a demanda crescente de tratamento, em paralelo com os valores elevados das inovações produzidas continuamente pela indústria farmacêutica. Isso vem ocorrendo no mundo todo” (BUCCI; DUARTE, 2017, p.63).

Embora nem sempre as inovações terapêuticas sejam mais dispendiosas que os tratamentos tradicionais, o mais frequente é que as novas tecnologias em saúde gerem aumento de custos e pressões orçamentárias para os sistemas públicos e privados. Numa perspectiva de política pública, é preciso multiplicar o custo unitário pelo tamanho da população-alvo de determinada doença, o que repercute, evidentemente, sobre a condição de acesso de todos, considerados na dimensão coletiva, ao tratamento.

No mundo jurídico, esse dilema vem sendo extensamente debatido sob o tema do “custo dos direitos”. Ainda assim, é interessante visualizar a dimensão econômica do argumento, como apontam Ferraz e Vieira ao simularem o impacto da entrega, a toda a população de doentes de hepatite viral crônica C e artrite reumatoide, dos medicamentos que vêm sendo deferidos individualmente em juízo. Essa operação indica montante correspondente a 4,32% do PIB brasileiro (BUCCI; DUARTE, 2017, p.63).

A atualização da lista é formalizada em processo administrativo, em que devem ser comprovadas tanto as evidências científicas sobre a eficácia, a efetividade e a segurança do medicamento como a comparação dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas ao SUS, com base em estudo de avaliação econômica. Essa orientação está embasada juridicamente no conceito de essencialidade, que embute um juízo de prioridades, a cargo das autoridades sanitárias que receberam da legislação essa competência. Segundo a OMS, os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados de saúde da população.

O segundo limite da lista se encontra no extremo oposto. Há demandas que aparecem nas ações judiciais que são singelos, como, por exemplo, as fraldas geriátricas. Apesar da dispensação desse item na rede de atenção básica do Estado de São Paulo, há relatos de pedidos judiciais relativos a esse item, o que sugere uma falha de informação ou comunicação entre o que consta da lista e aquilo a que o usuário final tem acesso. “As listas amplas não significam, necessariamente, garantia de acesso do usuário ao bem ou serviço” (BUCCI; DUARTE, 2017, p.65).

Entende-se, finalmente, que a lista é um instrumento jurídico, aprovado por normas jurídicas, com base em previsão legal de competência e conteúdo e não mera recomendação de



caráter técnico ou político. As prioridades no uso dos recursos disponíveis, dadas pelo mecanismo das listas, são tão revestidas de juridicidade como as decisões de interesse individual.

A conexão da lista com as defesas judiciais (na esmagadora maioria, a cargo do Poder Público, das várias esferas federativas) é explicitar e ordenar o discurso com base no qual se pode dizer, verdadeiramente, que há políticas e programas visando o direito à saúde da coletividade. A ausência dessas políticas ou a sua atuação deficiente é o principal argumento (talvez o único) que poderia justificar algum grau de relativização do foco no direito coletivo para atendimento do direito individual, como já vem sendo reconhecido em foros organizativos do Poder Judiciário.

### **3.3 A legitimidade da atuação do Poder Judiciário no âmbito das políticas públicas de saúde**

Luís Roberto Barroso (2009) identifica a judicialização como sendo a intervenção do Poder Judiciário em casos de grande repercussão política e social, que deveriam ser decididas pelas instâncias políticas. “No âmbito dos direitos sociais, verifica-se essa intervenção, na medida em que o referido órgão, a pretexto de decidir uma lide que verse sobre esses direitos de cunho positivo, passa a analisar políticas públicas (BARROSO, 2009, p. 74).

Em estudo sobre o tema, Barroso aponta as grandes causas da judicialização. Inicialmente, informando que, com a redemocratização do país, houve uma expansão do Poder Judiciário, que se transformou em verdadeiro poder político, tendo refletido também no aumento da demanda por justiça na sociedade brasileira.

Afirma, ainda, o autor, que, como última grande causa o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, que, sendo híbrido, permite que qualquer juiz ou tribunal deixe de aplicar uma lei em um caso concreto, caso a considere inconstitucional, bem como que determinadas matérias sejam levadas em tese e imediatamente ao Supremo Tribunal Federal, possibilitando, com base na inafastabilidade da jurisdição, a análise pela referida corte de qualquer questão política ou moralmente relevante.

No discurso que fez em Audiência Pública realizada pelo Supremo Tribunal Federal acerca da saúde, Luís Roberto Barroso faz o seguinte pronunciamento:

Eu acho que a judicialização e o atendimento de casos individuais, onde deve haver uma política pública coletiva, uma política pública, favorece a captura do sistema pela classe média ou pelo menos favorece aqueles que não estão na base mais modesta do





sistema. Mas, sobretudo, essa transformação da ação individual em uma ação coletiva permite que se realize a ideia de universalização e a ideia da igualdade. Vai-se realizar e se atender aquele direito para todo mundo, ou não, mas não se vai criar um modelo em que o atendimento passa a ser lotérico – depende de ter informação, depende de cair em um determinado juízo. Portanto uma política pública, não o atendimento a varejo de prestações individuais. [...] Desenvolveu-se certo senso comum que é preciso enfrentar, que o Judiciário, no caso da judicialização, pondera o direito à vida e à saúde de uns e, de outro lado, pondera princípios orçamentários, separação dos poderes. Infelizmente esta não é a verdade. O que o Judiciário verdadeiramente pondera é direito à vida e à saúde de uns contra direito à vida e à saúde de outros. Portanto, não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nesta matéria (BARROSO, 2016).

Mendes, Coelho e Branco (2009) defendem a tese de que, ainda sendo o direito à saúde um direito positivo, que impõe ao Estado obrigações de fazer, consistentes em políticas públicas, a exemplo da prestação de serviço de saúde e do fornecimento de medicamentos, tal direito, enquanto direito social, também apresenta um lado de direito de defesa. “Isso se embasa na concepção de que há a imposição de que o Estado não adote políticas contrárias ao que proclamam tais direitos, o que é enfatizado pela noção de proibição do retrocesso” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p. 297).

Amormino Júnior (2018, CONASS) sintetiza que na judicialização, o protagonismo é da atenção hospitalar e da assistência farmacêutica, o que pode encontrar explicação nas necessidades de acesso da população aos serviços de saúde, na cultura hegemônica vigente e nos significativos avanços tecnológicos, tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica.

Pode ter explicação na relação entre um setor produtivo globalizado, que defende seus interesses comerciais, e o setor público, que deve fazer escolhas alocativas, o que per si já é um dilema e traz uma série de elementos a serem analisados e discutidos.

Nos processos judiciais em que se busca um tratamento paliativo para as patologias, muitas vezes a Judicialização do medicamento apenas vai amenizar o sofrimento do doente ou dos seus familiares, sem apresentar um resultado curativo. No plano processual, muitas vezes, sequer existe interesse jurídico para deflagrar a ação judicial, já que é indispensável, pela teoria processualística, comprovar que a pretensão é necessária e que vai trazer algum benefício em prol do autor da ação (AMORMINO JÚNIOR, 2018, p.17).

Se a doença é rara e não há evidência científica sobre o tratamento, pergunta-se o que se deve fazer, se indeferir a petição inicial ou permitir o prosseguimento da ação sendo esta opção geralmente a escolhida pelo Judiciário, em prol da maximização do Direito à Saúde, no qual se compreende a possibilidade de tentar tratamentos cientificamente não comprovados.

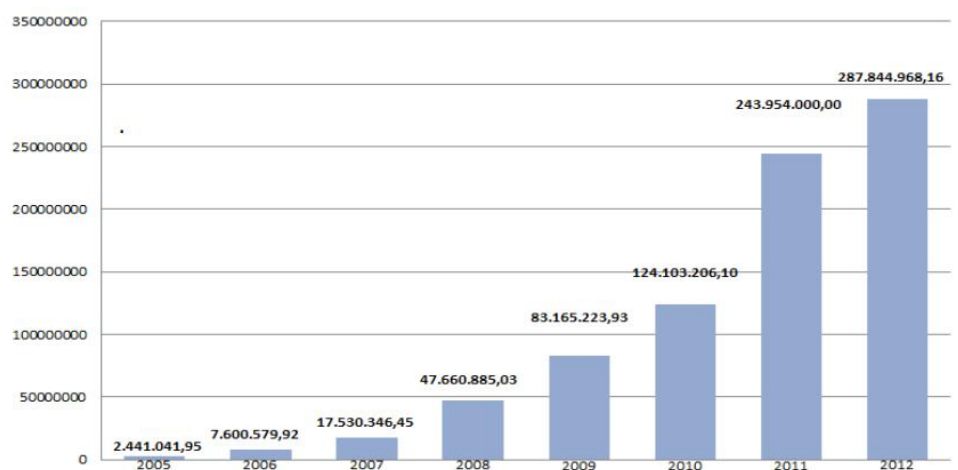
Estes são alguns dilemas que norteiam a Judicialização da Saúde e demonstram que os magistrados estão diariamente diante de casos difíceis que precisam de uma definição, pois há



uma pessoa que possui uma patologia, há uma prescrição médica e há um tratamento disponível (ainda que sem efetividade, eficácia e eficiência) em algum lugar do mundo. Para alguns, isso é suficiente para a procedência do pedido. Para outros, é preciso muito mais, como a comprovação do sucesso da providência buscada, com a demonstração de que o custo é suportável socialmente, sem provocar colapso no Sistema de Saúde que precisa ser compreendido em uma perspectiva mais ampla e não isoladamente.

A complexidade da temática pode ser verificada através da evolução crescente de custo com decisões judiciais.

GRÁFICO 01 – Montante despendido pelo MS, ano a ano, com aquisição direta de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. *Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Panorama.pdf> Acesso em 02/05/2021.

O gráfico apresenta o montante despendido pelo Ministério da Saúde, ano a ano, com aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais. Insta consignar que tais valores referem-se, tão somente, aos gastos efetuados com a aquisição do medicamento pleiteado, excluídos os valores relativos às despesas com o procedimento de compra e entrega do medicamento (tais como publicação em Diário Oficial, pagamento de transportadora para entrega da medicação em domicílio, pagamento de seguro para o transporte do medicamento e, quando for o caso, custos com a importação).

## 4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

### 4.1 A Atenção Primária em Saúde enquanto base para a construção das Redes de Atenção à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Desse modo, é notória seu papel de base para a construção das Redes de Atenção à Saúde e, portanto, alicerce para efetivação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A despeito da importância da Atenção Primária em Saúde, ou seja, da PNAB, enquanto política pública de saúde, não é incomum a inobservância de sua efetiva execução por parte do Poder Público.

No que concerne à cobertura da Atenção Básica, cumpre analisar os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através de plataforma eletrônica<sup>3</sup>, por meio de relatório com cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de cobertura na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao Município do Rio de Janeiro, foram extraídos dados relativos à cobertura de Atenção Básica no período de 2007 a 2019. A título de comparação dos dados anuais, foram utilizados

---

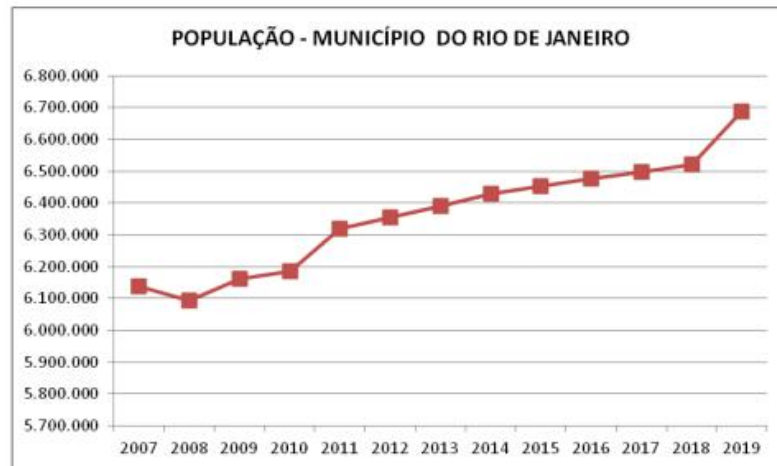
<sup>3</sup> [egestorab.saude.gov.br](http://egestorab.saude.gov.br)





o mês de julho de cada ano, excetuando-se o ano de 2019, visto que o último banco de dados se refere ao mês de maio. Com a análise dos dados, foi possível inferir o seguinte cenário de cobertura de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro:

GRÁFICO 02 – População do Município do Rio de Janeiro – período de 2007 a 2019



Fonte: adaptação de dados extraídos da plataforma <egestorab.saude.gov.br> relativos ao município do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2019.

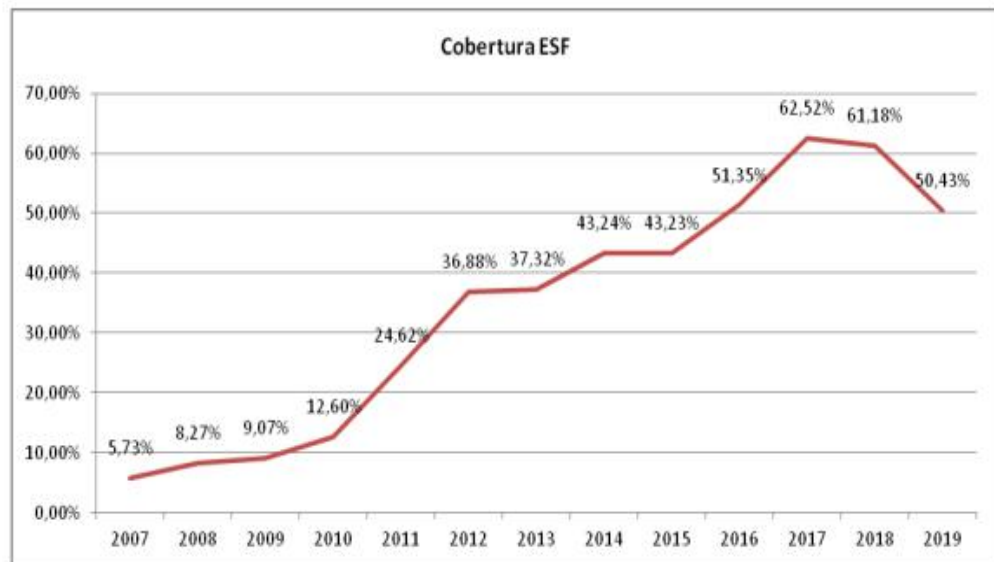
A despeito do crescimento populacional do Município do Rio de Janeiro ao longo dos anos, o que se percebe nos últimos 3 anos é uma notória redução da cobertura da atenção básica, incluindo a cobertura de ESF (Estratégia de Saúde da Família):

GRÁFICO 03 – Cobertura da Atenção Básica – Município do Rio de Janeiro – período de 2007 a 2019



Fonte: adaptação de dados extraídos da plataforma <egestorab.saude.gov.br> relativos ao município do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2019.

GRÁFICO 04 – Cobertura de ESF – Município do Rio de Janeiro – período de 2007 a 2019



Fonte: adaptação de dados extraídos da plataforma <egestorab.saude.gov.br> relativos ao município do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2019.

Tal redução de cobertura assistencial é consequência direta da redução do número de ESF cobertas e pelo número de ESF equivalentes, cujas definições também se encontram no sítio eletrônico disponibilizado pelo Ministério da Saúde: i) N° ESF Cobertas: número de equipes da Estratégia Saúde da Família, formada por Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental; ii) N° ESF Equivalentes: número de equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes a equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme carga horária ambulatorial de Médicos e Enfermeiros na Atenção Básica.

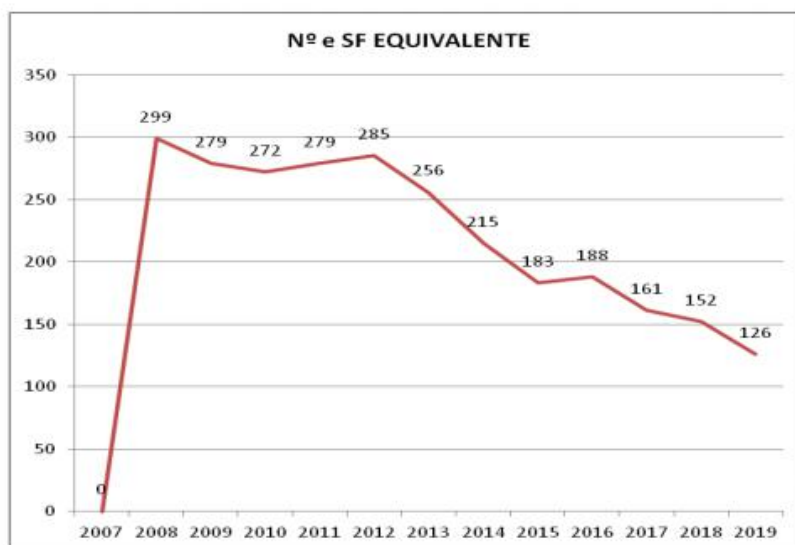


GRÁFICO 05 – Número de ESF coberta – Município do Rio de Janeiro – período de 2007 a 2019



Fonte: adaptação de dados extraídos da plataforma <egestorab.saude.gov.br> relativos ao município do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2019.

GRÁFICO 06 – Número de ESF equivalentes – Município do Rio de Janeiro – período de 2007 a 2019



Fonte: adaptação de dados extraídos da plataforma <egestorab.saude.gov.br> relativos ao município do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2019.



Os dados apresentados permitem inferir que a execução das políticas públicas em saúde por parte do Poder Público nem sempre é adequada.

Nesse caso, a redução dos níveis de cobertura da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro no período analisado reflete, inclusive, a dualidade entre medicina preventiva e curativa, que se tornou uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas por vários governos.

Por óbvio, a ausência da implementação efetiva de políticas públicas em saúde por parte do Estado representa um dos diversos fatores determinantes do incremento do fenômeno da judicialização da saúde.

#### **4.2 A fragmentação do SUS**

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2011), há uma crise contemporânea dos sistemas de saúde em inúmeros países do mundo, demonstrando que há uma divergência entre as situações epidemiológicas onde predominam as condições crônicas e as respostas sociais que não garantem a continuidade dos processos de atenção a essas condições, respondendo apenas às condições agudas e eventos que decorrem da agudização das condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (2011), os sistemas passam a ser identificados como sistemas fragmentados.

Essa fragmentação apresenta-se sob inúmeras e diversificadas formas, quais sejam, problemas de gestão, referentes ao ordenamento dos níveis ou pontos de atenção, dificuldades ou ausência de acesso aos serviços de saúde pelos cidadãos, descontinuidade e inadequação entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e problemas de saúde da população.

Desse modo, os sistemas fragmentados apresentam aspectos negativos, pois se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros. Ademais, há uma incapacidade de prestar uma atenção contínua à população, pois esses sistemas não contemplam uma população adscrita (com território delimitado) de responsabilização. Outro problema é decorrente é a dificuldade de comunicação entre as unidades de atenção primária aquelas voltadas à atenção secundária, que também não se articulam com a atenção terciária à saúde. Não fosse o bastante, os sistemas de apoio e os



sistemas logísticos funcionam sem integração. Por consequência, a atenção é predominantemente operacionalizada de forma reativa, episódica e centrada na doença.

Sob essa ótica, é possível observar um SUS progressivamente fragmentado, destituído de uma rede de atenção à saúde bem estabelecida. Um sistema que vem se desenvolvendo com forma de ação reativa e episódica, acionada por demanda das pessoas, enquanto deveria ser proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa. Há ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas, situação que, por óbvio, onera o sistema de saúde.

Ao privilegiar um modelo de atenção à saúde fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas, o SUS deixa de se mostrar integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Por fim, é importante ressaltar que a fragmentação do SUS é ainda mais evidente quando se observam que os territórios político-administrativos são definidos por uma lógica política, enquanto deveriam ser definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.



## CONCLUSÃO

O tema escolhido implica na qualidade de vida dos cidadãos, uma vez que versa sobre saúde pública, destacando-se a saúde como direito social, ao mesmo tempo em que ressalta a importância da estruturação do SUS, um sistema que deve ser valorizado e fortalecido, uma vez que representa uma verdadeira democratização do acesso à saúde pública.

Diante de todo o exposto, é possível inferir que há, de fato, estreita relação entre o fenômeno da judicialização da saúde e as falhas no desenvolvimento das políticas públicas no país, sendo certo que sua evolução está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. Torna-se evidente que a saúde precisa e deve ser enfatizada como política de Estado e, como tal, exige planejamento de sua execução.

A significativa demanda judicial de prestações de saúde, provocada pela indisponibilidade de oferta suficiente no SUS, expressa a incapacidade do sistema de saúde, no que se refere à dimensão do acesso, e representa um indicativo do grau de desempenho dos serviços de saúde e da efetividade do Direito à Saúde.

A recorrência ao Judiciário é claramente um direito do cidadão. Portanto, o processo de judicialização vem se estabelecendo como via para corrigir as deficiências do sistema e garantir o acesso à saúde, promovendo, desse modo, não apenas os princípios do SUS, como também o efetivo exercício da cidadania. Desse modo, os efeitos negativos da judicialização da saúde decorrem, possivelmente, das deficiências da própria Administração Pública, destacando-se a inobservância à continuidade das políticas públicas estabelecidas. É notório que fatores como vontade política do Executivo e transições governamentais interferem diretamente no cumprimento das políticas públicas de saúde.

Conclui-se, portanto, que cabe também ao Judiciário o controle das políticas públicas. Com decisões cada vez mais pautadas na análise técnica das demandas de saúde, em detrimento do convencimento pessoal dos magistrados, o resultado deste processo é a notória intensificação do protagonismo do Poder Judiciário na efetivação da saúde, com presença mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde.

O reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública evidencia também a importância da valorização do diálogo institucional e da extrajudicialidade, pautando-se na busca por alternativas ao modelo adversarial do Judiciário, sem prejuízo dos



deveres relacionados à atividade judicante. Nesse contexto, destaca-se a atuação da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde do município do Rio de Janeiro, que apresenta um índice crescente de resolução administrativa extrajudicial dos casos que envolvem a busca pela garantia ao direito à saúde, conforme demonstrado.

Por fim, destaca-se que o direito à saúde não pode ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. Cabe ao Estado estabelecer prioridades de ação no âmbito do governo, de modo que não se condicione a efetivação das políticas públicas de saúde e, portanto, do direito à saúde, aos limites financeiros e à escassez de recursos. O argumento econômico não pode ser difundido como uma espécie de “dogma” de modo a proporcionar uma desobrigação do Estado, sem dados concretos sobre a escassez de recursos e a forma como são alocados. Ratifica-se que, de modo algum se pretende negar que recursos financeiros são finitos, contudo, a simples difusão da narrativa de que garantir o direito à saúde a um cidadão é sinônimo de uma espécie de “luta entre os cidadãos” afasta o verdadeiro foco de dever do Estado de efetivar direitos e promover políticas públicas em sua plenitude.





## REFERÊNCIAS

AMORMINO JÚNIOR, Maurício. **Dilemas de judicialização do direito à saúde**. Coletânea Direito à Saúde Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. CONASS. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. Brasília: 2018.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial**. Revista de Direito Social. n. 34 abr/Jun. Porto Alegre: Nota dez, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. Revista Eletrônica da OAB, n. 4, Jan./Fev., 2009. Disponível em: <https://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 20/05/2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Freitas. **Judicialização da Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da Saúde no Brasil: Dados e experiências. Justiça e Pesquisa**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 27/05/2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. 5 out. 1988.

D'ESPÍNDULA, Thereza Cristina de Arruda Salomé. **Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas**. Revista bioética, 2013.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n.3, jun., 2009.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 12 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

INSTITUTO INNOVARE. 2018. **Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)**. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/práticas/1/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls-14>. Acesso em: 26/05/2021.

\_\_\_\_\_. **Judicialização, Ativismo judicial e legitimidade democrática**. In: Revista Direito do Estado, Salvador, ano 4, n. 13, jan./mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços





correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990.

LEITE, Ivan Corrêa. **Judicialização da Saúde**. Impactos legais e orçamentários das decisões Judiciais. São Paulo: Dialética, 2020.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional. 4. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

SANT'ANA, Ramiro da Nóbrega. **Revista brasileira de políticas públicas**. Vol. 8 n. 3. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: Dez. 2018.

SANTOS, Ricart Cesar Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. BELO Horizonte: Fórum, 2016.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes. **O SUS necessário e o SUS possível, Estratégias de gestão**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2007.

SOUZA, Thaísa Guerreiro de. **A judicialização residual da saúde e sua relação com o desempenho dos serviços públicos de saúde e a efetividade do Direito à Saúde em dois Municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: desafios atuais e futuros do Estado brasileiro**. In: IX Congresso Consad de Gestão Pública, 2016. Brasília. Anais... Brasília, 2016.

YAMAGUCHI, Cristina Keiko; ORSATTO, Sílvio Dagoberto, Sílvio; BORGES, Gustavo. **Judicialização da saúde no Brasil: Uma abordagem interdisciplinar**. Edição Kindle, 2020.