

ARISLÂNDIO BORGES SARAIVA

## **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA**

Artigo Científico apresentado ao Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná, como parte dos requisitos para obtenção de nota da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II no curso de Direito, sob orientação da Professora Esp. Aline Nayara Garcia Guimarães.

Ji-Paraná  
2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP**

S243j      Saraiva, Arislândio Borges.

A judicialização da saúde e a atuação da defensoria pública.  
/ Arislândio Borges Saraiva. – Ji-Paraná, 2024.  
35 p.

Artigo Científico (Curso de Direito) – Centro Universitário  
São Lucas Ji-Paraná, 2024.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Aline Nayara GarciaGuimarães.

1. Defensoria Pública. 2. Judicialização da Saúde. 3.  
Tecnologias e Saúde. I. Guimarães, Aline Nayara Garcia. II.  
Título.

CDU 342.746:614

**Ficha Catalográfica Elaborada pelo Bibliotecário Giordani Nunes da Silva CRB 11/1125**

# JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA

Arislandio Borges Saraiva<sup>1</sup>  
Aline Nayara Garcia Guimaraes<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente estudo aborda a questão da judicialização da saúde. Objetiva compreender como a Defensoria Pública pode ser utilizada como instrumento de estruturação do SUS na correção de falhas e de injustiças no acesso à saúde por meio da judicialização da saúde. Para a realização deste estudo foi realizada pesquisa bibliográfica em veículos especializados disponíveis, e pode-se concluir que a atuação da Defensoria Pública pode contribuir para prevenir a sobrecarga do sistema judiciário, representando uma estratégia eficaz. Isso ocorre por meio de orientação jurídica, divulgação dos direitos humanos e defesa dos direitos individuais e coletivos de grupos vulneráveis, principalmente no quesito da saúde. A atuação da Defensoria Pública permite o compartilhamento de informações relevantes através de demandas judiciais, as quais podem subsidiar a criação de políticas públicas na área da saúde por parte do Poder Executivo, evitando assim a sobrecarga do sistema judiciário, que acaba sendo onerosa para o país.

**Palavras-chave:** Defensoria Pública. Judicialização da Saúde. Tecnologias e Saúde.

## HEALTH JUDICIALIZATION AND THE ACTIVITY OF THE PUBLIC DEFENSE OFFICE

**ABSTRACT:** The present study addresses the issue of the judicialization of health. Clear objective how the Public Defender's Office can be used as an instrument for structuring the SUS in correcting flaws and injustices in access to health through the judicialization of health. To carry out this study, a bibliographical research was carried out in available specialized vehicles, and it can be concluded that the actions of public defense can contribute to preventing the overload of the judicial system, representing an effective strategy. This occurs through legal guidance, dissemination of human rights and defense of the individual and collective rights of vulnerable groups, mainly in terms of health. The role of the Public Defender's Office allows the sharing of relevant information through legal demands, which can support the creation of public policies in the area of health by the Executive Branch, thus avoiding overloading the judicial system, which ends up being costly for the country.

**KEYWORDS:** Public Defender's Office. Judicialization of Health. Technologies and Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde no Brasil representa para muitos cidadãos a única alternativa legítima e democrática da materialização de direitos fundamentais de acesso à saúde. No entanto, a utilização do Poder Judiciário e da Defensoria Pública para garantir esse direito fundamental tem sofrido diversas críticas e é tema de diversos debates nos últimos anos, tanto em âmbito administrativo pelo Poder Executivo em suas diversas esferas, como em âmbito institucional e acadêmico.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do 10º período do curso de Direito no Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná - São Lucas JPR. E-mail: [arisavaiva.jp@gmail.com](mailto:arisavaiva.jp@gmail.com).

<sup>2</sup> Professora orientadora, docente do curso de Direito, Especialista em Direito de Família e das Sucessões pelo Instituto Damásio de Direito (2019), Bacharel em Direito pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná (2016). E-mail: [aline.guimaraes@saolucasjiparana.edu.br](mailto:aline.guimaraes@saolucasjiparana.edu.br)

Destarte, no desenvolvimento deste trabalho, objetiva-se compreender como a Defensoria Pública pode ser utilizada como instrumento de estruturação do SUS na correção de falhas e de injustiças no acesso à saúde por meio da judicialização da saúde. Para isso, buscaremos compreender as discussões a respeito do direito a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos e seu contexto histórico e normativo; analisar os impactos das desigualdades sociais no acesso à saúde; deslindar os impactos da judicialização e desjudicialização da saúde para a sociedade. Pretendemos ainda identificar os arranjos institucionais e sociais que surgem entre as instituições jurídicas e políticas em função da judicialização da saúde.

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa, alicerçada em procedimentos técnicos cujos objetivos assentam-se na perspectiva da pesquisa exploratória. Trata-se de um estudo bibliográfico, valendo-nos da literatura que versa sobre o tema a fim de se definir um posicionamento sobre a possível solução para a problemática dessa pesquisa.

Justificamos a escolha da temática considerando a sua relevância social. Como estudante de Direito ou como cidadão me deparo constantemente com pessoas que não conseguem ter suas necessidades relacionadas ao atendimento à saúde acolhidas recorrendo ao Poder Judiciário, através da Defensoria Pública.

Consideramos importante para a sociedade conhecer as contribuições que as ações judiciais conduzidas pela Defensoria Pública na implementação de Políticas Públicas, pois constantemente vemos gestores públicos, principalmente aqueles ligados ao Poder Executivo tecer muitas críticas às “interferências” judiciais nas questões administrativas. Mas por que isso acontece? É possível utilizar dos indicativos das ações judiciais informações para melhorar o sistema de saúde? Não se melhora o sistema de saúde, pois, é mais prático atender as demandas judiciais, considerando que poucos cidadãos buscam judicialmente por esse direito? Quais os arranjos sociais e institucionais são construídos para diminuir esse conflito? Essas são algumas das muitas indagações que faz com que a temática seja tão relevante para um minucioso estudo acadêmico.

Diante disso, se faz necessário ampliar os debates em âmbito nacional no

sentido de buscar alternativas para a resolução desta situação que tem gerado muitos conflitos entre gestores públicos e órgão de defesa dos direitos dos cidadãos. Além disso, é necessário que o meio acadêmico trate da temática, afim de esclarecer melhor a atuação do Poder Judiciário e Poderes Executivo e Legislativo na busca de alternativas para resolução dos conflitos. Assim, este estudo se propõe a ampliar os estudos e debates a respeito da judicialização da saúde e a atuação da Defensoria Pública na garantia do direito a saúde.

## **2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

A judicialização da saúde nos últimos anos tem sido alvo de debates por diversos segmentos da sociedade e o Poder Público, principalmente os representantes do Poder Executivo nas esferas municipais, estaduais e federal, não tem atendido a contento as demandas, quer seja através do fornecimento de medicações, bem como nos tratamentos de Saúde, ainda que o art. 196 da Constituição Federal estabeleça expressamente o direito à saúde para todos os cidadãos. Essa falta de atendimento tem sido motivo para que muitas pessoas busquem o Poder Judiciário, especialmente por meio da Defensoria Pública, para garantir esse direito constitucional. Por isso há os enfrentamentos, questionamentos e as recusas entre os órgãos governamentais.

É certo que as políticas públicas precisam ser reformuladas, tendo assim as implementações de tais serviços à população com a rapidez, trazendo assim os princípios que norteiam o direito à saúde em nosso país. Compreendemos que, apesar dos problemas quanto a falta de atendimento aos direitos a saúde, se analisarmos a história do direito à saúde no Brasil, observaremos que houve uma evolução histórica quanto ao acesso.

### **2.1 Contexto histórico e normativo**

Durante a fase colonial brasileira, compreendida no período de 1500 a 1822, as doenças eram entendidas como castigo ou provação, fortemente ligada às crenças

e práticas religiosas, sendo o curandeirismo o principal modelo de saúde. Com a vinda dos padres jesuítas ao Brasil, surgiram as primeiras Santa Casa de Misericórdia, como a de Santos, criada em 1535, e a de Salvador, criada em 1549. Deste modo, a saúde passa a ter um caráter assistencialista, e as enfermarias começam a ter seu protagonismo.

De acordo com Cantisano (2015) o direito à saúde no Brasil passou a ser reconhecido no século XIX, em decorrência da necessidade de se estruturar a legislação e a fiscalização dos serviços de saúde, uma vez que o aumento da população da então capital do Brasil, Rio de Janeiro, que foi de 520 mil habitantes em 1890 para mais de 1,2 milhão em 1920, acarretou um processo de urbanização acelerado, marcado por severos problemas de saneamento básico e saúde pública. Desta forma, quanto mais crescia a população, mais problemas relacionados a falta de saúde se agravava. Nesta mesma direção Freitas Neto e Tasinafo (2006) nos traz a contextualização da saúde neste período afirmando que durante esse processo de urbanização, várias doenças como febre amarela, malária, tuberculose, varíola e peste fomentaram o processo de evolução dos direitos à saúde, sendo criado o Departamento Federal de Saúde Pública e nomeado como diretor Oswaldo Cruz, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde.

Vivemos recentemente, especificamente a partir do ano de 2020, a pandemia do covid-19 é uma doença causada por um tipo de coronavírus, que leva o nome de SARS-CoV-2 que ocasionou milhares de morte no mundo. No entanto o Brasil já passou por situações caóticas. Em 1904 a varíola causou cerca de 4 mil mortes, o que promoveu um projeto de lei aprovado no mês seguinte, sob a Lei de n. 1.261, de 31 de outubro de 1904, que tornava a vacinação e revacinação periódica contra varíola obrigatória. Ocorreu, então, a Revolta da Vacina, ainda em 1904, tornando necessária a aprovação de um novo regulamento de higiene, envolvendo polícia sanitária. De acordo com Silva (1998) foi diante da necessidade de um novo delineamento jurídico que reestruturasse as relações sociais, as relações de produção e a convivência nas cidades, foi criado o Código de Posturas Municipais, com mais de 700 artigos, que regulamentava licenciamentos, associava algumas previsões do Código Penal e passava a considerar alguns comportamentos como crime sujeito a penalidades como multas e outras penas.

Assim, no período da República Velha, que durou de 1889 a 1930. Em 1930

inicia o processo de ampliação da indústria e da lógica capitalista de produção, e, com a chegada do setor industrial, as cidades começaram a ser criadas e ampliadas e muitas sem um planejamento sanitário, de modo que, com a concentração de pessoas sem o devido planejamento alcançou-se um maior número de doenças, considerando que o crescimento populacional foi acompanhado de condições precárias de higiene e de saneamento básico.

O Decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, cria o Departamento Nacional de Saúde, sendo dirigido pelo médico e sanitarista brasileiro Carlos Chagas, sendo este um promotor de projetos, ações e divulgação de políticas de educação sanitária. Em 1930 ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e, por sua vez, em 1935 ocorre a reforma desse Ministério, que passou a se denominar Ministério da Educação e Saúde (MES). Se analisarmos essa política de saúde nos dias atuais, nos parece estranho ministérios com objetivos tão diferentes estarem juntos, no entanto, um olhar atento para a história podemos preliminarmente concluir que os ideais políticos adotados pelo então presidente Getúlio Vargas, era a centralização política e administrativa.

De acordo com Deneru e Hochman (2005) em 1930, durante a Era Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MESP), que fazia a prestação de saúde aos chamados pré-cidadãos, assim entendendo como as pessoas pobres, desempregadas, trabalhadores informais e, sobretudo, não asseguradas pela Previdência Social. Somente em 1953 é que foi criado o Ministério da Saúde, especificamente para tratar de assuntos da saúde brasileira. No ano de 1956 cria-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Em 1970, ocorreu a reorganização administrativa do Ministério da Saúde, criando a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada à Secretaria de Saúde Pública, e incorporando o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), a CEM e a CEV Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação e a Varíola (CEV), (Decreto nº 66.623, de 22/5/1970). Já em 1976 foi regulamentada a Lei nº 6.259/75, que dispõe sobre a organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, bem como foi criado, pelo Decreto n. 78.231, de 1976, o Programa Nacional de Imunizações, estabelecendo normas referentes à notificação compulsória de doenças (BRASIL, 2024).

Além disto, durante a década de 1970, através dos setores da sociedade, foi criado o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS), promovido por estudantes, profissionais liberais, profissionais da saúde, sindicatos, associações de moradores, entre outros, que se uniram pelo ideal de tornar a saúde cada vez mais organizada e com atendimento humanizado de qualidade. Assim, com a crescente repercussão do movimento ocorrida entre o final da década de 70 e início da década de 80, começa a discussão sobre a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde, que contemplasse toda a sociedade

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para as bases da criação do Sistema Único de Saúde, uma vez que, pela primeira vez na história, houve a participação da Sociedade Civil Organizada, com o intuito único de construção de um novo modelo de saúde, sendo norteadada pela máxima da “saúde como o direito de todos e o dever do Estado” que foi legitimado pela Constituição Federal de 1988. Desta forma, a saúde passa a ser considerada “direito de todos e dever do estado”, sendo que tal afirmativa é de extrema relevância fundamental e pública, posto que se trata de um direito positivo que exige prestação do Estado e que impõe ao ente público a realização de determinadas tarefas. Assim dispõe a Constituição Federal:

Art. 196. 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde ganhou enfoque, assim como os demais direitos sociais, que, conforme ensina José Afonso da Silva (2011, p.286), são prestações positivas feitas pelo Estado de forma direta ou indireta, possibilitando uma melhor qualidade de vida aos mais necessitados, visando uma igualdade nas situações desiguais. Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde, definiu esta como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Nota-se que já não se trata apenas de acesso a hospitais, mas sim, de ter sempre um bem-estar e o mínimo para isso. Dispõe, então, Sarlet e Timm (2008, p.366):

[...], não há dúvida alguma de que a saúde é um direito humano fundamental, aliás, fundamentalíssimo, tão fundamental que mesmo em países nos quais não está previsto expressamente na Constituição, chegou a haver um reconhecimento da saúde como um direito fundamental não escrito (implícito), tal como ocorreu na Alemanha e em outros lugares. Na verdade, parece elementar que uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, evidentemente, também protege a saúde, já que onde esta não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e integridade física.

Desta maneira, o direito social fundamental à saúde passa a ser um dever dos entes federativos, logo, o Estado deve buscar a uniformidade entre as pessoas, tendo em vista que nem todos têm condições semelhantes para acessar um serviço privado, por essa razão, essa atividade deverá ser prestada de forma democrática e eficiente para todos.

Ademais, o direito à saúde se mantém não somente com o tratamento realizado nas unidades de pronto atendimento ou com o fornecimento de medicamentos, mas também com a efetiva prestação de uma obra pública que seja eficiente para a redução e prevenção ao meio ambiente e promoção da qualidade de vida, que é o caso da implantação de um serviço adequado de saneamento básico.

Nesse diapasão, dispõe Celso Mello (2005, p.921): “O direito a saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida”. Assim, a saúde é essencial para todos os cidadãos, pois sem saúde não é possível um cidadão viver com dignidade. Vale ainda destacar que o direito não se trata apenas de tratamento à doença, mas sim a todas as ações que as previna.

## **2.2 Serviço Único de Saúde - SUS**

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu rol de direitos e garantias fundamentais, especificamente no capítulo de direitos sociais, a saúde, direito este

indispensável para assegurar a dignidade da pessoa humana. Para atingir um estado de completo bem-estar físico e mental, ficou assegurado a todos os Estados o dever de buscar as melhores maneiras para que todos tenham acesso a um bem estar global.

Nesse sentido, a saúde é uma defesa que foi amplamente abordada na Constituição Federal como um direito de todos e dever do Estado, que deverá assegurar por meio de políticas sociais e econômicas visando a redução do risco a doenças e outras enfermidades. Desta forma, a saúde é um dever objetivo do Estado, devendo ser por ele prestada, não sendo somente a presença de debilidade, mas, sim, um completo bem-estar físico, psíquico e social, como dispõe a Organização Mundial de Saúde - OMS.

A Constituição Federal de 1988 estabelece em seu art. 197 a relevância dos serviços de saúde:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Sendo assim, as ações e serviços de saúde visam, portanto, diminuir o número de agentes causadores de doenças, reduzindo a exposição da população a esses causadores, promovendo também o acesso igualitário à saúde e a promoção de políticas públicas. Conforme Silva (2011, p. 311) nos ajuda a compreender as ações de serviços de saúde estabelecidos no art. 197 do Constituição Federal:

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do poder público, nos termos da lei, a que cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a constituição atribui ao poder Público o controle das ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização.

O Estado tem o dever de efetivar o direito de acesso à saúde através de políticas públicas. Deste modo, como exemplo dessas políticas, temos o Sistema

Único de Saúde- SUS, a implantação de saneamento básico, as políticas nacionais como a de atenção integral à saúde da criança que promove o aleitamento materno, a política nacional de alimentação e nutrição, onde o governo busca conscientizar a população sobre os riscos de doenças causada pela ingestão prolongada de alguns alimentos, entre outras ações. Diante do anteriormente pronunciado, destaca-se que a competência para atuação e responsabilidade pela saúde pública é descentralizada, ou seja, cada entidade federativa tem competência para atuar buscando melhorar a qualidade de vida da população.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado através da Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Ainda no mesmo ano, foi aprovada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabeleceu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Recentemente, a referida legislação foi atualizada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Pode-se considerar que os princípios e as diretrizes do SUS estão na Constituição Federal de 1988, regulamentados e reafirmados no Capítulo II, artigo 7º da Lei n. 8.080/1990. Segundo o artigo 7º da Constituição, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são Universalização, Equidade e Integralidade. De igual modo, as diretrizes do SUS são a descentralização, ou seja, a distribuição do poder de decisão as demais esferas como nível federal (Ministério da Saúde -MS) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde -SES) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde -SMS), bem como, a regionalização e a hierarquização, forma de reorganização dos estabelecimentos e a participação da comunidade (SOUZA, 2016). Podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde é hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, sendo que os seus 33 anos de criação tem contemplado e avançado em diversas pautas em uma seara tão complexa e abrangente que é o direito à saúde.

A garantia da igualdade de acesso de todos a ações e serviços de saúde, como meta a ser atingida pelo Estado, tem implicações práticas para o contexto nacional. No Brasil, há grandes desigualdades entre grupos de indivíduos no que se refere à renda, às condições de vida, à escolaridade, entre outras, que resultam em

diferenças no acesso aos serviços públicos de saúde em consonância com as necessidades individuais. Por isso é fundamental que o Poder Público promova políticas de garantia a saúde.

Para que a igualdade de acesso a serviços de saúde se concretize, essas desigualdades socioeconômicas precisam ser reconhecidas e enfrentadas por meio de políticas públicas. A equidade em saúde é atingida quando se assegura igual acesso ao cuidado disponível para iguais necessidades; igual utilização para iguais necessidades; e igual qualidade do cuidado para todos. 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 (BRASIL, 1999).

A criação do SUS e sua evolução foi um marco histórico para o Brasil, pois antes do ano 1988, o sistema público de saúde em nosso país contemplava apenas quem contribuía para a Previdência Social. Desta forma, a legislação que cria o SUS reforça o direito à saúde estabelecida na Constituição Federal, que definiu como princípios doutrinários do SUS a universalidade, a integralidade, a equidade, e o controle social. Atualmente o SUS é descentralizado, municipalizado e participativo, não contemplando apenas o sistema médico hospitalar, as internações e medicamentos, mas abrange diversas áreas da saúde, como a segurança no trabalho, a vigilância permanente nas condições sanitárias, controla a qualidade dos alimentos, regula o registro dos alimentos, insumos e equipamentos, entre outras funções.

Com a demanda crescente e diversas atribuições, o SUS muitas vezes não consegue ancorar toda a demanda. Portanto, quando falta algum tipo de atendimento, a população tem recorrido ao Poder Judiciário, para que, através de uma decisão judicial, tenha acesso à saúde em suas diversas dimensões.

### **2.3 Desigualdades no acesso à saúde**

A Constituição Federal reserva uma sessão para tratar do direito à saúde, sendo que seu artigo 196 estabelece que a saúde é um direito social, fundamental a todas as pessoas. Como vimos, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito público subjetivo tutelado pela Carta Magna, cabendo ao Estado a criação e implementação das políticas sociais e econômicas que objetivem

garantir a todas as pessoas o acesso igualitário à assistência saúde. É possível, ainda, citar o artigo 6º da Constituição Federal, que alude que o direito à saúde é um direito social, devendo o Estado se ocupar de sua implementação, pois sua importância é tamanha que pode ser confundido com o direito à vida, que é um direito fundamental.

A Constituição Federal e os demais dispositivos legais que tratam sobre o tema estabelecem esse direito, no entanto, na vida cotidiana da população, muitos direitos não são garantidos. No caso específico do direito à saúde, devido à carência de recursos e a linha tênue que existe entre o direito à vida e o direito à saúde, aqueles que tem mais consciência de seus direitos, procuram o Poder Judiciário buscando o atendimento de sua demanda. Compreendemos que para analisar o direito à saúde e desigualdade de acesso, faz-se necessário também analisar os princípios da igualdade, da proporcionalidade, e da reserva do possível.

De acordo com os estudos de Marmot (2015) Apud IPEA (2020, p15), têm essencialmente dois tipos de desigualdades em saúde. O primeiro tipo acontece dentro de um mesmo país, “onde se constata a existência de um gradiente social”. Quanto mais rica é a área onde as pessoas residem, melhor é a sua saúde. Desta forma, essa ocorrência levou o autor a afirmar que o nível de saúde das pessoas e a gradiente social em saúde dizem muito a respeito de uma determinada sociedade. O segundo tipo, por sua vez, refere-se às desigualdades em saúde entre países, em que quanto mais rico é o país, mais saudável é a sua população. Apesar de Marmot eleger esses dois tipos de desigualdade em saúde, deixa claro que a renda é um fator relevante na determinação da saúde de uma população, mas não é o único fator que influencia a saúde.

Podemos assim afirmar que entre países pobres, o aumento da renda nacional está associado a melhores condições de saúde, entretanto, entre países ricos, ser mais rico faz muito pouco pela saúde. São afirmações que, a princípio, parecem contraditórios, no entanto, são importantes para a análise das desigualdades do acesso ao direito à saúde. Assim, o estado de saúde varia de acordo com os grupos sociais e se de fato houver desejo de mudanças quanto a melhoria da saúde da população, deve-se promover ações que transformem a estrutura social, pois há relação entre a situação socioeconômica e saúde. Quanto mais pobre economicamente, culturalmente e socialmente uma população,

mais exposta estará às doenças.

### **3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Apresentaremos a seguir algumas das muitas questões que envolvem a judicialização da saúde no Brasil, visando aduzir como vem ocorrendo o atendimento à população, levantando as discussões no que tange a responsabilidade do Poder Executivo frente às demandas que buscam soluções no Poder Judiciário. Além disto, será analisado como o cidadão faz valer seu direito fundamental a saúde, identificando se há mais ações propostas pelo Poder Judiciário objetivando a garantia do direito. Por fim, será abordado o papel da Defensoria Pública dos Estados e da União e do Conselho Nacional de Justiça frente ao tema, visando contribuir as reflexões quanto a efetividade do direito à saúde no país.

#### **3.1 Poder Executivo x Poder Judiciário**

Normalmente, quem promove as políticas públicas é o Poder Executivo. Todavia, o referido poder, por diversas vezes, não garante todos os direitos que são devidos às pessoas, resultando em insatisfação, por estar abaixo das expectativas sociais. A partir dessa ineficiência administrativa, como afirma Ribas (2013), se originou o chamado processo de judicialização, de forma que o Judiciário entrou na esfera das políticas públicas, a fim de suprir a omissão do Poder Executivo e colocando em prática o que foi determinado na Constituição.

Mesmo tendo assegurado o direito à saúde em 1988, com a Constituição, o recurso para regulamentar esse direito aconteceu somente em 2012. Antes disso, era aplicado o disposto no artigo 77 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, com o objetivo de se destinar um percentual do produto da arrecadação de impostos visando a concretização dos direitos da população à saúde. O Poder Judiciário, ao atuar de forma imperativa, promoveu diversos embates visando garantir o direito à saúde, sempre esbarrando nas limitações financeiras do Estado.

Mendes, Coelho e Branco (2009, p.205) afirmam que a Constituição de 1988 esteve preocupada em ser “politicamente correta” e esqueceu os reais custos dos direitos por ela determinados, sobretudo na saúde. Assim, entende-se que a abertura de múltiplas ações ajuizadas no Poder Judiciário para que se determine a obrigatoriedade de o Poder Executivo cumprir o que foi estabelecido na Carta Magna foi uma consequência dessa preocupação em estabelecer leis corretas porém, sem se importar com as implicações existentes na hora de se colocar as normas em prática. Neste sentido Macedo et al., (2011, p.712) afirma que

A judicialização não deveria se apresentar como caminho para o acesso a medicamentos. Contudo, é compreensível que essas demandas se deem pela via judicial, quando o fornecimento previsto nas políticas públicas não está garantido; ou quando determinada doença prescinde de cobertura de tratamento pelas políticas farmacêuticas ofertadas pelo SUS.

Pode-se compreender que a judicialização da saúde tornou-se relevante não apenas para o sistema de assistência à saúde, mas para o próprio Poder Judiciário, que tem que lidar com centenas de milhares de processos, vários dos quais sobre temas recorrentes e quase sempre contendo pedidos de antecipação de tutela ou liminares.

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça -CNJ (2019) a judicialização da saúde é também um fenômeno de elevada complexidade. No âmbito do SUS, as demandas judiciais podem decorrer de ineficiências na atuação da autoridade pública de saúde, que não executa a contento a política pública de saúde, ou, em contraposição, de pedidos individuais solicitando procedimentos e tratamentos não incluídos na política de saúde. Neste interim Magalhães (2024) afirma que apesar de considerar que o SUS foi uma grande conquista da população brasileira, sendo inclusive reconhecido mundialmente como modelo a ser seguido, a saúde pública ainda precisa superar diversos obstáculos para oferecer um serviço de excelência, atendendo a imensa demanda que existe no país.

Entre os desafios a serem superados citam-se a necessidade do Poder Executivo em incorporar novas tecnologias<sup>3</sup> ao SUS frente as demandas que

---

<sup>3</sup> Tecnologia em Saúde: Medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e

buscam a garantia de novas tecnologias ainda não incorporadas, uma vez que as fornecidas pelo SUS são ultrapassadas/ineficazes. Nesse contexto, a Política Nacional Gestão Tecnologias Saúde se refere que

O processo de gestão de tecnologias em saúde implica em uma reflexão sobre o princípio da equidade, visto que o SUS é um sistema hierarquizado, no qual a tomada de decisão para incorporação tecnológica envolve 27 unidades federativas e cerca de 5.600 municípios, com necessidades específicas e diferentes tetos financeiros. Agregado a isto a regionalização que é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O que demonstra a complexidade do processo decisório entre e nas instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2010, p. 10).

Magalhães ( 2024) acrescenta que o cenário atual é de uma saúde pública que enfrenta desafios do mau gerenciamento e de falta de investimentos financeiros. E o que percebemos como resultado, é uma população queixosa de um sistema em colapso, que em grande parte das situações é insuficiente e desqualificado para atender a demanda.

Podemos então afirmar que a existencia da lei não garante o direito a saúde. Faz-se necessário investimento financeiros suficientes para atender a demanda, bom gerenciamento dos recursos proporcionado pela fiscalização e utilizando também a tecnologia. Benevento e Cardoso (2022) apontam os desafios para esse atendimento ao afirmarem que “há dificuldade prática de se manter um sistema universal de saúde que ofereça acesso ilimitado às inovações e aos bens da tecnologia”. E de fato há, pois temos muitas especificidades que envolve a saúde, muitos medicamentos e tratamentos que não existem no Brasil e que o cidadão exige judicialmente atendimento, dificultando prever financeiramente e administrativamente custos.

Neste debate sobre como gerir o SUS em acordo com seus princípios e diretrizes, bem como em harmonia com a Constituição em um cenário em que a realidade econômica de escassez orçamentária que não consegue sustentar as necessidades e demandas existentes, nos deparamos com a ineficiência do Poder Executivo em incorporar as novas tecnologias do SUS. Portanto, pode ser citado como desafio a ser superado, o cumprimento do dever do Poder Executivo em gerir

---

os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

a saúde, garantindo o fornecimento das tecnologias já incorporadas ao SUS frente as demandas que buscam o fornecimento de tecnologias em falta (falta de estoque e a má gerência). A Política Nacional de Gestão de Tecnologias Saúde prioriza as ações diretamente ligadas ao processo de incorporação e uso das tecnologias no sistema de saúde, mas “há distanciamento entre o que uma política preconiza e busca alcançar e o seu efetivo processo de implantação”, cofore explicam Novaes e Soárez (2020, p.5).

Pode-se mais uma vez confirmar a problemática de que é determinado um serviço de saúde que não tem estrutura para ser implantando. Para mudar tal situação é necessário que todos os setores envolvidos e a sociedade como um todo participe e acompanhe, manifeste-se e participe continuamente de todo o processo de construção da Política Nacional de Gestão de Tecnologias Saúde.

Na prática as problemáticas que mais afogam o judiciário é quanto ao fornecimento de medicamentos por falta de tecnologias (falta de estoque e a má gerência). Ressaltam-se que os principais problemas relacionados aos medicamentos que geram impacto dos gastos públicos, é ocasionado por falhas da gestão relativas a ausência de profissionais farmacêuticos, a ausência de planejamento para adquirir medicamento, como confirmam Bandeira e Camimura (2022).

Há uma gama de processos para aquisição de medicamentos que nem precisariam ocorrer, uma vez que as medicações referidas nos autos deveriam estar à disposição da população, muitas delas aprovadas e em utilização pelo SUS. Isso é falta de planejamento e gerenciamento do sistema. Dessa forma, entende-se que seria possível reduzir processos que afogam o Judiciário, para tanto, é necessário priorizar e ampliar a assistência farmacêutica, inserindo os farmacêuticos nos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (Natjus), ampliação de médicos especialistas, acesso a variedade de exames para diagnósticos precoces. Quando o Estado falha na oferta, as populações mais vulneráveis economicamente recorre ao Poder Judiciário, eo faz através da Defensoria Pública considerando sua situação, por isso é importante compreender seu papel nessa problemática e aprofundando essa discussão a seguir.

### 3.2 O papel da Defensoria Pública

Entre os anos de 2008 e 2017, o número de demandas judiciais relativas à saúde registrou um aumento de 130% gerando custos para os cofres públicos (MELO; HERCULANO, 2019). Nesse contexto de grande demanda judicial relativas ao direito à saúde no Brasil, cerca de 46.000 ações sobre assistência terapêutica, a Defensoria Pública tem um importante papel no que tange a prevenção da judicialização, sendo esta uma forma eficaz de desafogar o Poder Judiciário (PERLINGEIRO, 2015).

Os dados demonstram que as demandas judiciais ve seendo uma questão que precisa de intervenções, devido a sua recorrência, vem onerando os cofres públicos e o que traz bom resultado para uma demanda individual prejudica o coletivo. De acordo com Mainenti (2023, p.1) “Foram identificados, em 2022, cerca de 460 mil novos processos judiciais sobre saúde no Brasil, sendo 164 mil sobre saúde suplementar, segundo o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)” .

Os dados do Conselho Nacional de Justiça são motivos de preocupação, pois, as demandas judiciais referidas poderiam ser evitadas, diminuindo tempo e gastos públicos. Face ao exposto, a Defensoria Pública surge com um papel importante, pois, destina-se assim, a prestar assistência jurídica integral e gratuita aos necessitados na forma da lei. De acordo com o artigo 134 da Constituição Federal:

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.

Portanto, a Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado e tem como incumbência atuar realizando orientação jurídica, promovendo os direitos humanos e defendendo os direitos individuais e coletivos dos necessitados e agrupamentos sociais em condição de vulnerabilidade, sobretudo o direito à saúde.

Nesse entendimento explicam Penha e Silveira (2022, p. 367-368) que “a relevância da Defensoria Pública na promoção dos direitos humanos está relacionada à Dignidade da Pessoa Humana enquanto um dos fundamentos da República Federativa do Brasil”. Desse modo no campo da saúde vem defender os direitos da sociedade a ter garantida o que lhe é devido, apoiando as pessoas que lhe procuram por meio de orientação, ou estabelecendo e aprimorando a política de gestão de tecnologias de saúde, envolvida no processo de judicialização da saúde como versa-se nesse tópico.

Para melhor compreender o papel da Defensoria Pública, parte-se da afirmação de Freitas et al., (2020), de que a judicialização da saúde pode ser uma via de ingresso importante para as demandas judiciais para acesso à medicamentos para tratamento das doenças raras, entre outras situações, sendo que os princípios da universalidade e da integralidade da atenção apresentam dificuldades de efetivação quando confrontados com os processos formais de incorporação de novas tecnologias no sistema público de saúde.

Nesse contexto, há uma preocupação ao se observar a representação jurídica das demandas, se pública ou privada, e se em alguns casos poderia representar perda de equidade no sistema de saúde público. Ocorre que, quando um indivíduo não consegue acesso à medicamentos, tratamentos de saúde que ainda não estão padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou que se encontram em falta, ele passa a procurar a Justiça para que o Poder Público possa oferecer esta assistência, culminando na procura pela Defensoria Pública (PORTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2024).

É importante salientar que, em alguns estados, é necessário ter renda de até três salários mínimos para ter acesso à Defensoria Pública, enquanto em outros é necessário comprovação de hipossuficiência financeira por meio de documentos e declaração dos requerentes. De forma que não existe um consenso entre as características da renda entre os demandantes (BIEHL et al., 2012).

Em Rondônia, a Defensoria Pública, por meio da Resolução nº 34, CS/DPERO, de 10 de abril de 2015, regulamenta os critérios para aferição da hipossuficiência dos assistidos da Defensoria Pública do Estado e estabelece as hipóteses de atendimento. Os critérios de atendimento pela Defensoria Pública

apontam que a pessoa deve ser pessoa economicamente necessitada, ou seja, deve enquadrar-se em cada uma das seguintes condições:

1. Receber renda familiar mensal não superior a três salários mínimos;
2. Não ser proprietária, titular de aquisição, herdeira, legatária ou usufrutuária de bens móveis, imóveis ou direitos, cujos valores ultrapassem a quantia equivalente a 120 (cento e vinte) salários mínimos
3. Não possuir recursos financeiros em aplicações ou investimentos em valor superior a 12 (doze) salários mínimos.

Em Tocantins, para ser atendido pela Defensoria Pública deve-se atender os seguintes critérios, estabelecidos por meio da Resolução do Conselho Superior da Defensorias Pública (CSDP) nº 170, de 01 de março de 2018:

Ter renda mensal individual de até 2,5 salários mínimos;

Ter renda familiar de até 4 salários mínimos;

Não ser proprietário(a), titular, herdeiro(a) ou legatário(a) de bens móveis, imóveis, superior a 180 salários mínimos;

Não possuir investimentos financeiros em aplicações superiores a 20 salários mínimos.

Para prestação do serviço de assistência jurídica pela Defensoria Pública do Estado do Pará, de acordo com Resolução CSDP Nº 180 de 19 de dezembro de 2016, do Conselho Superior os critérios exigidos são:

Ter renda mensal individual de até 3 salários mínimos, conforme a resolução 180; Ter renda familiar de até 5 salários mínimos, conforme a resolução 180; Ser inscrita(o) no Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico do Governo Federal; Ser beneficiária(o) de programas sociais como o “Bolsa Família” e “Minha Casa, Minha Vida”, do Governo Federal, e/ou de outros programas sociais mantidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à pessoas de baixa renda; Com deficiência ou transtorno global de desenvolvimento; Ter Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social; Não ser proprietário(a), titular, herdeiro(a) ou legatário(a) de bens móveis, imóveis, superior a 180 salários mínimos; Não possuir investimentos financeiros em aplicações superiores a 20 salários mínimos; Mulher em situação de violência de gênero; Pessoas LGBTQIAPN+; Pessoa com deficiência ou transtorno global de desenvolvimento; Pessoa encarcerada; Criança ou adolescente em situação de vulnerabilidade; Vítima de racismo ou tortura; Indígenas, quilombolas, ribeirinhas ou populações tradicionais; Estar encaixado em outras categorias de pessoas socialmente vulneráveis.

Pode-se verificar que assim como Rondônia, no Estado do Pará para fazer uso da Defensoria Pública, a pessoa deve receber renda familiar mensal não superior a três salários mínimos, já no estado de Tocantins, a pessoa deve ter renda mensal individual de até 2,5 salários mínimos e renda familiar de até 4 salários mínimos. Assim, neste atendimento, são analisados índice de vulnerabilidade social, que agrega renda, escolaridade e ciclo de vida familiar. Portanto, as pessoas com baixa renda sem condições de constituir um advogado particular para ter seus direitos a saúde garantidos, procuram a Defensoria Pública, sendo este um órgão de apoio ao cidadão comum, atuando na defesa dos vulneráveis, em ações cíveis e criminais.

Ressalta-se que pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (2019) aponta que “os casos que são representados pela Defensoria Pública, em que a parte é enquadrada como hipossuficiente e que versem sobre o tema de saúde pública também estão associados a uma maior perspectiva de sucesso por parte do demandante”. Por que isso acontece, se a saúde é um direito de todos? Por outro lado, estudos indicam que a população atendida por decisões judiciais tem melhores condições socioeconômicas, residindo em áreas com baixa ou sem nenhuma vulnerabilidade social (CHIEFF; BARATA, 2009).

Diante dessa afirmação podemos afirmar que a população que vive em situação de extrema pobreza, sequer buscam Poder Judiciário através da Defensoria Pública para atender as demandas. Isso se deve a falta de informação e de ver essas instituições tão longe de seu acesso.

A Defensoria, através das demandas judiciais, fornece informações importantes para que o Poder Executivo, através dos seus órgãos gestores da saúde pública, pudessem utilizar para propor e efetivar as políticas públicas em saúde, a fim de evitar alta demanda no Poder Judiciário que se torna muito onerosa para o país e desgastante para quem precisa. Isso se evidencia ao analisarmos os dados apresentados por Silveira (2020) ao afirmar que houve aumento do número de processos no Poder Judiciário relacionados à saúde e apresentam um impacto no orçamento até 13 vezes maior nos gastos em atendimento à demandas judiciais.

Isso acontece por falta de gestão. A medicação ou o atendimento realizado de forma individual ou fracionado se torna muito mais caro para o Estado. Muitos serviços

e aquisições de medicação de uso contínuo e de alto custo poderiam ser licitados de forma antecipada.

### **3.3 O papel do Conselho Nacional de Justiça**

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) trata-se de uma instituição pública que objetiva aperfeiçoar o trabalho do Poder Judiciário brasileiro, sobretudo em relação ao controle e à transparência administrativa e processual. Nessa perspectiva, tem como missão promover o desenvolvimento do Poder Judiciário visando beneficiar a sociedade, através de políticas judiciárias e controlando a atuação administrativa e financeira. Em relação ao papel do CNJ na promoção de medidas que subsidiem os operadores do direito, o mesmo atua diretamente na transparência e controle.

Na Política Judiciária, deve “zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura, expedindo atos normativos e recomendações”. Já na gestão, atua definindo o planejamento estratégico, bem como, define quais os planos de metas e os programas de avaliação institucional do Poder Judiciário. As medidas relativas à Prestação de Serviços à População, atua no recebimento de reclamações, petições eletrônicas e representações contra membros ou órgãos do Judiciário, inclusive contra seus serviços auxiliares, serventias e órgãos prestadores de serviços notariais e de registro que atuem por delegação do poder público ou oficializado.

Na moralidade, atua julgando processos disciplinares, de forma a garantir a ampla defesa, além de poder determinar a remoção, a disponibilidade ou a aposentadoria com subsídios ou proventos proporcionais ao tempo de serviço e aplicar outras sanções administrativas. Na eficiência dos Serviços Judiciais realiza, fomenta e dissemina melhores práticas com o escopo de moderniza e dar celeridade aos serviços dos órgãos do Judiciário. Com base no relatório estatístico sobre movimentação processual e outros indicadores pertinentes à atividade jurisdicional em todo o país, o CNJ (2024) indica a necessidade de formular e executar políticas judiciárias, programas e projetos que visam à eficiência da justiça brasileira.

Dessa forma, no que tange a judicialização da saúde no Brasil, o CNJ contribui

com elementos que orientem a adoção de políticas judiciais que aprimorem a solução de conflitos na área. Nesse contexto, foram criados pela Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 238/2016 os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), com o intuito de subsidiar os magistrados com informações técnicas, cujo objetivo é proporcionar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais subsídios técnicos para a tomada de decisão com base em evidência científica nas ações relacionadas com a saúde, pública e suplementar (PATRIOTA, 2023). O auxílio do NatJus é evidenciado por Melo e Herculano (2019), ao verificar que tal órgão qualifica as decisões, pois, por meio deste, o magistrado pode ter acesso às informações técnicas e assim alcançar uma decisão correta.

Compreende-se assim que o CNJ, por meio do NatJus, atua de forma a aprimorar o conhecimento dos magistrados para que estes possam tomar decisões mais acertivas e assim dar maior celeridade e efetividade no julgamento das ações judiciais. Então, o Poder Judiciário precisou criar uma estrutura para realizar a análise de cada caso concreto e isso não seria necessário se o Poder Executivo melhor gerenciasse as políticas de saúde no Brasil.

#### **4 DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE - OS MEIOS JUSTIFICAM OS FINS?**

A questão trazida neste tópico nos remete a debater se a atuação do Poder Judiciário, bem como do Ministério Público e da Defensoria Pública, para forçar o cumprimento das medidas necessárias pela administração pública são justificadas mediante o objetivo de proteger e representar os indivíduos que estejam sofrendo restrições em seus direitos.

A fim de responder esse questionamento, busca-se entendimento que verse sobre o mínimo existencial diante da reserva do possível, pois há um confronto em relação à limitação orçamentária do Estado (reserva do possível) com o mínimo existencial de cada direito fundamental social necessário para a digna existência humana.

A teoria da reserva do possível pode ser utilizada quando há impossibilidade de o Estado garantir plenamente a efetivação de todos os direitos

fundamentais sociais, sob pena de grave prejuízo ao erário e, conseqüentemente, à sociedade como um todo. Para Souza (2013) na saúde pública, diante da falta de condições financeiras de garantir integralmente todos os direitos fundamentais, o Estado deve estabelecer as prioridades e critérios a serem seguidos, através da implementação de políticas públicas. A análise dos casos baseiam-se no confronto da possibilidade do ente público e a urgência da pretensão pleiteada, com o cuidado de não se gerar grave lesão à economia pública ou ferir direitos garantidos constitucionalmente que consagram a dignidade da pessoa humana.

A partir do entendimento de Sarlett (2009) compreende-se que, o princípio do mínimo existencial está diretamente relacionado ao princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida, bem como, ao direito à saúde. Nessa perspectiva, Oliveira, (2020), explica que a jurisprudência entende que o Estado deve garantir ao cidadão um mínimo de direitos que são essenciais a uma vida digna, incluído o pleno acesso a um serviço de saúde de qualidade.

Eis que surge o princípio da reserva do possível, o qual aponta que o Estado deve observar, em cada caso concreto, os três elementos: a necessidade, a distributividade dos recursos e a eficácia do serviço. No âmbito da saúde pública o Poder Público encontra-se limitado economicamente, não tendo condições de atender toda a população indistintamente. Dessa forma, Lima (2009) explica como o poder público deverá agir:

Havendo tais requisitos o serviço a ser prestado estará em conformidade com a reserva do possível. Conseqüentemente, incumbirá ao Poder Público prestar o serviço adequadamente, fazendo jus ao princípio da dignidade da pessoa humana. Para tanto, deve-se sempre observar as peculiaridades de cada caso concreto, pois como o Poder Público não possui recursos financeiros suficientes para o atendimento de todas as demandas, deve-se fazer escolhas entre os casos mais necessários (LIMA, 2009, p. 319-323).

Portanto, quanto à atuação do Poder Judiciário para forçar o cumprimento das medidas necessárias pela administração pública serem justificadas mediante o objetivo de proteger e representar os indivíduos que estejam sofrendo restrições em seus direitos, pode-se considerar que em alguns casos, a garantia do direito a saúde parece ser inviável, tendo em vista que o Poder Público não possui recursos suficientes para atender a todas as demandas, mormente as de altíssimo custo. Dessa forma, o princípio da reserva do possível deve ser invocado.

Todavia, segundo Nascimento (2017) tal princípio ao ser invocado, precisa respeitar os parâmetros de razoabilidade e proporcionalidade. Fica claro que diante do confronto do mínimo existencial com a reserva do possível, cabe observar cada caso, suas características e particularidades e pautar-se na razoabilidade para tomada de decisão, de forma que se garanta justiça social e o direito individual e o direito coletivo à saúde.

#### **4.1 Microjustiça x Macrojustiça**

Para tratarmos das causas individuais e coletivas no âmbito da desjudicialização da saúde, faz-se necessário compreender o sentido jurídico da microjustiça e a macrojustiça. Dal'Col e Abreu nos propõem algumas reflexões que consideramos importante abordar:

A partir do momento em que o Judiciário busca realizar a microjustiça sem refletir na macrojustiça, ele interfere indevidamente nas políticas públicas e causa uma injustiça muito maior, pois aquela verba utilizada para a realização da microjustiça – diante da escassez de verbas - poderia ser utilizada para a realização da macrojustiça, atendendo a um número maior de cidadãos (DAL'COL; ABREU, 2016, p. 1).

Ou seja, supondo um caso individual ou de um pequeno grupo requerendo medicamentos, por exemplo, mesmo que a decisão conceda o medicamento, considera-se microjustiça e uma decisão de certa forma injusta, uma vez que, faz-se justiça no caso concreto, porém, numa dimensão maior se considera injusto. Acrescentam ainda Dal'Col e Abreu (2016), que a decisão que contempla somente um indivíduo ou um pequeno grupo de pessoas, acarretará uma intervenção na estrutura de planejamento do orçamento da saúde, ou seja, os recursos que estavam reservados para atender a outro tipo de demanda mais ampla que necessitem do atendimento do SUS deverão ser direcionados a cumprir a decisão judicial atendendo um indivíduo ou um grupo menor, sendo que estes casos, dependendo da quantidade, vão causar danos à saúde e à vida de muitos doentes que seriam agraciados com essa verba.

O posicionamento supra, está também de acordo com a Constituição

Federal (1988), ao estabelecer que as decisões sobre direito à saúde devem ser de caráter universal, sendo garantidas respeitando políticas sociais e econômicas, pautando-se no dever de conceder acesso universal e igualitário.

Sobre o tema, Pedra (2013, p.98) entende que, o judiciário não pode simplesmente conceder direito somente ao que o requerer primeiro, deve analisar se o que está sendo concedido realmente pode ser concedido a todos aqueles que venham possivelmente requerer o mesmo direito, de forma que, nestas situações, as “decisões judiciais não podem ser casuísticas (microjustiça), não sendo racional uma decisão que venha a conceder privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da maioria” .

Observa-se que tem-se se tratado de forma primordial a "microjustiça", ao invés de enfrentar estruturalmente a "macrojustiça", podendo ser evidenciada tal falto nas palavras de do Ministro Gilmar Mendes, no julgamento da STA 175-AgR/CE.

[...] em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, enfatiza-se que a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais implicaria, invariavelmente, escolhas alocativas. Essas escolhas seguiriam critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem “escolhas trágicas” pautadas por critérios de macrojustiça. É dizer, a escolha da destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e a eficácia do serviço a ser prestado, a maximização dos resultados etc. [...]. Nessa linha de análise, argumenta-se que o Poder Judiciário, o qual estaria vocacionado a concretizar a justiça do caso concreto (microjustiça), muitas vezes não teria condições de, ao examinar determinada pretensão à prestação de um direito social, analisar as consequências globais da destinação de recursos públicos em benefício da parte, com invariável prejuízo para o todo. [...].

Infelizmente, a situação vem ocorrendo há décadas, são diversos casos individuais que juntos formam uma grande demanda. Os referidos processos de repercussão geral vem se repetindo e não chega a um denominador comum, visto que constata-se uma busca apenas de medidas paliativas que enfrentem os “sintomas do mal-estar na saúde pública brasileira”, contudo não consegue-se “corrigir as causas desse adoecimento generalizado”, conforme apregoa Pinto (2019, p. 3).

Essa é uma realidade preocupante, ainda mais com o aumento das

demandas e afogamento do judiciário, sendo imprescindível que se busque mudanças significativas para mudar este cenário, sendo sugerida a desjudicialização da saúde. Nessa perspectiva Ciarlini (2009) afirma que, o conjunto de sentenças e acórdãos proferidos em ações individuais, sobre o tema exposto, jamais se substituirá à autêntica e indispensável política sanitária propugnada pela Lei Maior. Pois, por melhores que sejam as qualificações de um juiz, ele não pode substituir os órgãos de política sanitária. A desjudicialização da saúde seria um bem necessário, senão indispensável, para o adequado funcionamento do SUS, e não o contrário.

Evidencia-se, portanto, que a proteção individual impede omissões, uma vez que há casos não previstos na Lei, todavia, está em desacordo com o acesso universal à saúde garantido legalmente. Os casos individuais apresentam-se em desacordo com a proteção coletiva, sendo que esta faz parte da promoção de uma estrutura estatal, que é pautada em planejamento orçamentário a qual promove estrutura, planejamento estatal garantindo prevalecer o princípio da igualdade. O maior problema está na não observação por parte do Poder Executivo nos elementos que as ações judiciais oferecem de referência para a implementação de políticas públicas para a saúde.

## **4.2 Jurisdição dialogal e soluções estruturais**

Diante dos debates que vem ocorrendo há algum tempo a respeito da desjudicialização da saúde, cabe uma jurisdição mais dialogal, que traga a pauta reclamações que incitem a necessidade de se implementar diálogos constitucionais. Neste sentido, Barreiro e Cruz (2021) afirmam que tal debate é possível, tomando-se “como ponto de partida para a instauração de uma jurisdição constitucional mais democrática. Contudo, a monocratização da Suprema Corte brasileira pode tornar distante esse diálogo.”

Mediante as reclamações e os debates, bem como a grande demanda de pacientes que buscam garantir seu direito à saúde, cabe a busca por soluções estruturais, tais quais vem se evidenciando a valorização da medicina baseada em evidências, o fortalecimento da CONITEC, NATs, entre outros.

A valorização da medicina baseada em evidências vem surgindo de forma a otimizar a estrutura de atendimento. Tal processo procura examinar as consequências do emprego de uma tecnologia de cuidados de saúde, considerando a assistência médica, avaliando as tecnologias em saúde (ATS). Ou seja, se faz escolhas sobre as melhores tecnologias em saúde para uma população, aliando as necessidades e preferências dos pacientes (BRASIL, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Tecnologia em saúde faz referência à:

Aplicação de conhecimentos com objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. São exemplos de tecnologias em saúde: medicamentos, produtos para a saúde, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. As tecnologias em saúde estão presentes desde a prevenção de doenças até o tratamento e recuperação da saúde das pessoas. A utilização correta das tecnologias em saúde e a atualização constante das informações sobre elas são imprescindíveis para um maior benefício para os pacientes e também para os seus cuidadores e familiares (BRASIL, 2016, p. 9).

Legalmente a incorporação dessa tecnologia está disposta na Lei n. 12.401/2011, que alterou a Lei n. 8.080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Definiu o conceito de integralidade nos seus arts. 19-M e 19-P, limitando-o ao previsto em protocolo clínico ou diretriz terapêutica, ou mesmo em sua falta, com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, ou ainda, de forma suplementar, com base nas listas de medicamentos dos gestores estaduais ou municipais do SUS.

O Ministro de Estado da Saúde também poderá determinar a incorporação ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde em caso de relevante interesse público, mediante processo administrativo simplificado. Neste cenário surge a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), “órgão plural, que permite o requerimento por qualquer interessado, bem como a realização de consultas e audiências públicas”, estabelece a participação da sociedade civil como forma de afiançar mais transparência nos processos de incorporação de novas tecnologias, produtos e serviços na rede pública de saúde

(art. 19-R, § 1º, III, IV, inseridos na Lei 8.080/90) (AFFONSO, 2017, p. 5).

A Conitec é coordenada pelo Ministério da Saúde e formada por representantes não só do próprio Ministério, mas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de um integrante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e um pelo Conselho Federal de Medicina. A Conitec tem como função fundamental assessorar na definição das tecnologias do SUS. São diretrizes da Conitec, nos termos do art. 3º do Decreto 7.646/2011,

a universalidade e a integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS, com base no melhor conhecimento técnico-científico disponível (inc. I);

a proteção do cidadão nas ações de assistência, prevenção e promoção à saúde por meio de processo seguro de incorporação de tecnologias pelo SUS (inc. II);

a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde (inc. III);

a exigência que as tecnologias sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade (inc. IV).

Enfim, as Tecnologias em Saúde precisam se submeter à análise da Conitec, que atua avaliando as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, bem como, avalia e compara a economia e benefícios em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive quanto aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (AFFONSO, 2017).

Objetiva-se com essas ações, o fortalecimento da participação de pacientes, cuidadores e do público em geral no processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no SUS.

Compreende-se que nesse contexto, os Núcleos de Apoio Técnico – NAT do Poder Judiciário surgem como uma solução estrutural do SUS, uma vez que possibilita que a jurisdição seja mais bem prestada, solucionando demandas com maior celeridade e propriedade, pois, os magistrados conseguem ter acesso a informações importantes que podem aprimorar o conhecimento técnico e ajudar os

mesmos a tomar decisões assertivas. Essa é uma ação concreta da jurisdição dialogal que busca soluções estruturais, objetivando garantir os direitos individuais, mas não em sobreposição aos direitos coletivos.

O Poder Judiciário, acionado pelo Defensoria Pública, não pode criar unilateralmente políticas públicas, mas pode, através das intervenções judiciais, baseadas no diálogo institucional, colaborar para a solução de litígios que envolve a estrutura de funcionamento da saúde pública, colaborando com o Poder Executivo e Legislativo para que tenham condições de identificar os direitos violados e criar leis e normas para nortear a solução do problema.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo versou sobre a judicialização da saúde no Brasil. O tema trás grande repercussão por representar para muitos cidadãos a única alternativa legítima e democrática da materialização de direitos fundamentais de acesso à saúde. Uma vez, que o direito fundamental à saúde previsto na Constituição não é respeitado, abrindo margem para outras discussões quanto a responsabilidade do Poder Executivo frente a administração do SUS com fins de atendimento das demandas. Diante dessa problemática, a fim de garantir o direito fundamental a saúde, a população vem buscando auxílio do Poder Judiciário por meio da Defensoria Pública.

Embora seja um tema amplamente debatido, é extremamente importante pois, para muitos cidadãos essa é a única maneira legítima e democrática de garantir o acesso aos direitos fundamentais, dentre eles à saúde, assegurado pela Constituição.

Todavia, viu-se que a judicialização da saúde trás diversos impactos negativos, um deles é o fato de proporcionar a desigualdade do acesso ao SUS, pois, em diversas situações, só tem conseguido atendimento quem aciona o Judiciário, sendo então uma prática recorrente. Verificou-se nesse estudo que há necessidade de se reestruturar o SUS, considerando que os gestores da saúde das esferas municipal, estadual e nacional não conseguem atender a demanda com os insumos recebidos. É urgente que planeje a gestão do orçamento público, pois,

devido às falhas existentes, tem sido imprevisível o gasto pelas ações judiciais. O custo que deveria ser investido para saúde coletiva vem sendo utilizado para saúde individual de pessoas que acionaram a justiça.

A Defensoria Pública pode ser utilizada como instrumento de estruturação do SUS na correção de falhas e de injustiças no acesso à saúde por meio da judicialização da saúde. É possível utilizar dos indicativos das ações judiciais informações para melhorar o sistema de saúde, uma vez que fornecem números e consegue-se ter uma visão sobre os problemas mais recorrentes e assim identifica-se os pontos mais debilitados que precisam de intervenção, além de servirem de base para planejamento de ações.

É possível constatar que a atuação da Defensoria Pública pode contribuir para prevenir a sobrecarga do sistema judiciário, representando uma estratégia eficaz. Isso ocorre por meio de orientação jurídica, divulgação dos direitos humanos e defesa dos direitos individuais e coletivos de grupos vulneráveis, principalmente no quesito da saúde. A atuação da Defensoria permite o compartilhamento de informações relevantes através de demandas judiciais, as quais podem subsidiar a criação de políticas públicas na área da saúde por parte do Poder Executivo, evitando assim a sobrecarga do sistema judiciário, que acaba sendo onerosa para o país.

As ações judiciais contribuiu para o aprimoramento da assistência jurídica ao incorporar tecnologias de saúde, como a implementação de Núcleos de Apoio Técnico no âmbito do Judiciário, que se apresentam como uma solução estrutural para melhorar a prestação jurisdicional e resolver demandas de forma mais eficiente, com maior celeridade e propriedade, pois, os magistrados conseguem ter acesso às informações importantes que podem aprimorar o conhecimento técnico e ajudar os mesmos a tomar decisões assertivas.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, mas de incetivar no meio acadêmico o aprofundamento do tema, é importante que a sociedade conheça as contribuições das ações judiciais conduzidas pela Defensoria Pública na implementação de Políticas Públicas para o setor de saúde, que pode servir de auxílio para gestores públicos em seus planejamentos das políticas públicas de saúde, principalmente aquelas relacionadas ao funcionamento do SUS que tem

abegencia nacional.

## 6. REFERÊNCIAS

AFFONSO, Flávia Martins. **Uma análise legal do processo de incorporação de tecnologia no SUS: um passo para o fortalecimento da justiça administrativa.** Revista CEJ, Brasília, Ano XXI, n. 71, p. 27-38, jan./abr. 2017. Disponível em: [https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_informativo/bibli\\_inf\\_2006/Rev-CEJ\\_n.71.03.pdf](https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-CEJ_n.71.03.pdf). Acesso em: 17 abr. 2024.

BANDEIRA, R; CAMIMURA, L. **Agência CNJ de Notícias Tecnologias, desafios e a realidade da Judicialização da Saúde no Brasil são temas de painéis do Fonajus.** CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tecnologias-desafios-e-a-realidade-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-sao-temas-de-paineis-do-fonajus/>. Acesso em 05. mai. 2024.

BENEVENTO, PJ.; CARDOSO, GSME. **A participação social na incorporação de tecnologias em saúde no sus: quando a menor distância entre dois pontos é uma curva.** Revista online Migalhas. 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/372237/a-participacao-social-na-incorporacao-de-tecnologias-em-saude-no-sus>. Acesso em: 05. mai. 2024.

BIEHL, J; AMON, JJ; SOCAL, MP; , A. **Entre o tribunal e a clínica: ações judiciais por medicamentos e o direito à saúde no Brasil.** Direitos Humanos à Saúde; 14(1):36-52. 2012.

BRASIL, Texto para discussão / **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde: página Cronologia Histórica da Saúde Pública.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS : como se envolver** [recurso eletrônico] – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CANTISANO, Pedro Jimenez. Lares, Tribunais e Ruas: **A Inviolabilidade de Domicílio e a Revolta da Vacina.** Revista Direito e Práxis, vol. 6, núm. 11, 2015, pp. 294-325.

CHIEFF AL, BARATA RCB. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.** Cad Saude Publica. 25(8):1839-49. 2009.

CIARLINI, ALVARO. **Desjudicialização da Saúde: um Bem Necessário?** Revista de Direito Público, Porto Alegre, v. 6, n. 28, pp. 102-106, 2009.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça contratou, por meio de Edital de Convocação Pública e de Seleção, a produção da pesquisa ora apresentada. Sumário Executivo Instituto de ensino e pesquisa . **Judicialização da saúde no Brasil: Perfil Das Demandas, Causas e propostas de solução.** Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>

DAL'COL, Caio de Sá; ABREU, Livia Dalla Bernardina. **Decisões judiciais, a micro e a macrojustiça: uma análise sob o enfoque do princípio da igualdade.** Periódicos da UFES, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/ppgdir-semanajuridica/article/view/12752/8849>. Acesso em 07. abr. 2024.

DPO – PA. Defensoria Pública do Estado do Pará. **Carta de Serviço.** 2024.

Disponível em: <https://defensoria.pa.def.br/anexos/CARTADESERVICOS.pdf>. Acesso em 07. abr. 2024.

DPO – RO. Defensoria Pública do Estado de Rondônia. **Critérios de atendimento pela Defensoria Pública do Estado de Rondônia.** Disponível em: <https://www.defensoria.ro.def.br/criterios-de-atendimento/>. Acesso em 07. abr. 2024.

DPO – TO. Defensoria Pública do Estado do Tocantins. **Conheça o perfil de quem pode ser assistido(a) pela Defensoria Pública do Tocantins.** 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/quem-pode-ser-atendido-pela-defensoria-publica-conheca-o-perfil-do-assistido-a-da-instituicao>. Acesso em 07. abr. 2024.

FREITAS, BC. DE; FONSECA, EP; QUELUZ, DP. **A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 24, e190345, 2020.

FREITAS NETO, José Alves de TASINAFO, Célio Ricardo. **História geral e do Brasil.** São Paulo: HARBRA, 2006.

FREITAS, B. C. DE ., FONSECA, E. P. DA ., & QUELUZ, D. DE P.. **A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 24, e190345. 2020.

FUNASA, 2024. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em:13 fev.2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945).** In: Educar, Curitiba, n. 25, 2005. p. 127 a 141.

LIMA, George Marmelstein. **Curso de Direitos Fundamentais.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, Eloisa Israel de; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio. **Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos**

**pela via judicial.** Revista Saúde Pública. 2011, vol.45, n.4, pp. 706-713. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400010#back](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400010#back). Acesso em 30 mar. 2024.

MAINENTI, M. **Saúde suplementar pontua impacto de processos judiciais para equilíbrio do setor.** CNJ, 2023, Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor/>. Acesso em 07. abr. 2024.

MAGALHÃES, L. **Saúde Pública no Brasil.** Toda Matéria, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 4 mai. 2024

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Curso de direito administrativo.** 18ª edição. São Paulo: Malheiros editores, 2005.

MELO, J; HERCULANO, LM. **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos.** Conselho Nacional de Justiça, CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acesso em 07. abr. 2024.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social.** Teoria, Método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

NASCIMENTO, Ana Franco. **Direito à saúde deve ser visto em face do princípio da reserva do possível.** Revista Consultor Jurídico, fev. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-fev-12/ana-franco-direito-saude-visto-face-reserva-possivel>. Acesso em: 15 abr. 2024.

NEGRINE, Airton. **Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa.** In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. (org.). A pesquisa Qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 1999.

NOVAES, HMD; SOÁREZ, PCD. **A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais.** Panorama internacional e Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 36(9):e00006820. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006820>. Acesso em 05. mai. 2024.

OLIVEIRA, Taynara Rodrigues. **A Intervenção Jurídica na Efetivação do Direito à Saúde: reflexos e consequências da efetivação no fornecimento de medicamentos.** Jus Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-intervencao-juridica-na-efetivacao-do-direito-a-saude-reflexos-e-consequencias-da-efetivacao-no-fornecimento-de-medicamentos/837177988>. Acesso em 17. abr. 2024.

PATRIOTA, F. **Magistrados destacam importância do NatJus na desjudicialização e solução de demandas da saúde.** Tribunal de Justiça da Paraíba, 2023. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/magistrados-destacam-importancia-do-natjus-na-desjudicializacao-e-solucao-de-demandas-da>. Acesso em 07. abr. 2024.

PEDRA, Anderson Sant Ana. **Parâmetros para uma decisão racional em casos de judicialização de políticas públicas.** Revista Brasileira de Direito Público, v. 41, p. 91-105, 2013.

PENHA, Carlos Alberto Thomazelli; SILVEIRA, Ricardo dos Reis. **A defensoria pública como instrumento de efetivação dos direitos humanos:** Uma garantia do direito fundamental de acesso à justiça. Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania, n. 10, p. 367-383, out/2022.

PERLINGEIRO, Ricardo. **O devido processo legal administrativo e a tutela judicial efetiva: um novo olhar?** Revista de Processo, São Paulo, v. 40, n. 239, p. 301, jan. 2015.

PINTO, Élide Graziane. **Uma estéril década de microjustiça da saúde no STF reclama novas respostas.** CONJUR, 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-mai-21/contas-vista-esteril-decada-microjustica-saude-stf/>. Acesso em 30 mar. 2024.

RIBAS, Carolline Leal. **O controle do judiciário nas políticas públicas na área da saúde. Âmbito Jurídico**, 2013. Disponível em: [https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/o-controle-do-judiciario-nas-politicas-publicas-na-area-da-saude/#\\_ftnref4](https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/o-controle-do-judiciario-nas-politicas-publicas-na-area-da-saude/#_ftnref4). Acesso em 30 mar. 2024.

PORTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Judicialização da saúde.** 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>. Acesso em 07. abr. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos Fundamentais orçamento e “reserva do possível”.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2.ed., São Paulo: EPU, 1987.

SOUZA, Natale. SUS: Princípios/Diretrizes, **Regionalização e Gestão do SUS – Marcos Jurídicos.** 2016. Disponível em: <https://saude.grancursosonline.com.br/sus-principios-diretrizes-regionalizacao-e-gestao-do-sus/>. Acesso em 05 mar.2024.

SOUZA, Lucas Daniel Ferreira de. **Reserva do possível e o mínimo existencial: Embate entre direitos fundamentais e limitações orçamentárias.** Rev. Fac. Dir. Sul de Minas, Pouso Alegre, v. 29, n. 1: 205-226, jan./jun. 2013.

SILVA, Mozart Linhares da. **Modernidade e tradição no processo de institucionalização da sociedade brasileira.** In: NASCIMENTO, Mara Regina do & TORRESINI, Elizabeth W. R. Modernidade e Urbanização no Brasil. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998, p. 134.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional.** 34.ed. São Paulo: Malheiros editores, 2011.