

**UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS (UniEVANGÉLICA)
CAMPUS SENADOR CANEDO
BACHARELADO EM DIREITO**

RICARDO DE PAULA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL AMPARADO PELA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A LEI 8.080/90**

**SENADOR CANEDO – GOIÁS
2024**

RICARDO DE PAULA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL AMPARADO PELA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A LEI 8.080/90**

Monografia apresentado do Núcleo de Trabalho de Conclusão de Curso/NTC do Curso de Direito da Universidade Evangélica de Senador Canedo/UniEVANGÉLICA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, sob orientação do (a) Prof. Esp. Ana Paula Barbizan Araújo.

**SENADOR CANEDO – GOIÁS
2024**

RICARDO DE PAULA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL AMPARADO PELA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A LEI 8.080/90**

Monografia apresentado no dia 05 de dezembro de 2024 à Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Senador Canedo, constituída pelos docentes a seguir relacionados, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em direito:

Prof.^a Esp. Ana Paula Barbizan Araújo
Orientadora

Prof.^o Marcos Vinicius Borges Alvarenga
Professor Convidado

Prof.^o Me. Pedro Henrique Oliveira Batista
Representante do Núcleo de trabalho de conclusão de Curso / NTC

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho de conclusão de curso não seria possível sem o apoio e a dedicação de muitas pessoas. Primeiramente, agradeço a Deus, pela força e sabedoria que me guiaram ao longo desta jornada.

Agradeço à minha família, pelo incentivo incondicional, paciência e compreensão durante todas as etapas deste curso, em especial a minha mãe Lene de Paula, minha esposa Ticiane Massena e minha filha Valentina Massena de Paula que sempre acreditaram no meu potencial e me motivaram a buscar meus sonhos.

A minha orientadora, Ana Paula Barbizan Araújo, sou imensamente grato por sua orientação e valiosas contribuições ao longo deste trabalho. Sua expertise e disposição para esclarecer dúvidas foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos professores do curso de Direito, que compartilharam seus conhecimentos com tanto entusiasmo e dedicação, moldando minha visão jurídica e contribuindo para a minha formação acadêmica e pessoal.

Aos colegas de curso, pela parceria e troca de experiências ao longo dos anos. Juntos, enfrentamos desafios e comemoramos conquistas que marcaram esta trajetória.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, pelo apoio, pelas palavras de incentivo e pelo carinho. A todos, meu sincero agradecimento.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA	7
3. PROBLEMATIZAÇÃO	8
4. OBJETIVOS	8
4.1 Objetivo geral	8
4.1 Objetivos específicos	8
5. METODOLOGIA	9
6. CAPÍTULO I – A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO	10
1.1 Saúde na História do Brasil	10
1.2 Saúde como Direito	12
1.3 Direito à Saúde é sua Prestação do Estado	14
1.4 Reserva do Possível x Mínimo Existencial	16
7. CAPÍTULO II – A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	18
8. CAPÍTULO II – A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	22
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
10. REFERÊNCIAS	30

RESUMO

Introdução: Nesta pesquisa, serão destacados os principais elementos relacionados à atuação do Poder Judiciário na judicialização do Direito à Saúde. **Objetivo:** É examinar como o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), não consegue prover adequadamente o direito fundamental a saúde. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica e documental, além de pesquisa de campo com aplicação de questionário. **Resultados:** Alternativas à judicialização, como mediação e conciliação, são fundamentais para assegurar o direito à saúde de forma eficaz e sustentável, aliviando o Judiciário e fortalecendo o diálogo entre cidadãos e instituições de saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a criação de comissões de ética e núcleos de resolução de conflitos, bem como a articulação entre governo e sociedade civil, são passos importantes para construir uma gestão de saúde pública mais inclusiva e menos dependente do Judiciário.

Palavras-chave: “Direito”, “Judiciário”, “Saúde”, “SUS”

ABSTRACT

Introduction: In this research, the main elements related to the role of the Judiciary in the judicialization of the Right to Health will be highlighted. **Objective:** It is to examine how the State, through the Unified Health System (SUS), is unable to adequately provide the fundamental right to health. **Methodology:** Bibliographic and documentary research, in addition to field research using a questionnaire. **Results:** Alternatives to judicialization, such as mediation and conciliation, are fundamental to ensuring the right to health in an effective and sustainable way, relieving the Judiciary and strengthening dialogue between citizens and health institutions. **Conclusion:** It is concluded that the creation of ethics commissions and conflict resolution centers, as well as the coordination between government and civil society, are important steps towards building a more inclusive public health management that is less dependent on the Judiciary.

Keywords: Law, Judiciary, Health, SUS

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais para a construção de uma sociedade justa e igualitária, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. No Brasil, a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por meio de políticas públicas voltadas à universalidade, integralidade e equidade, com o objetivo de garantir o acesso à saúde de forma igualitária e sem discriminação. No entanto, a concretização desse direito enfrenta diversos desafios, especialmente devido às limitações orçamentárias e à crescente demanda por serviços e tratamentos médicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o crescente aumento de ações judiciais relacionadas à saúde, surge a questão da judicialização do direito à saúde, particularmente em casos envolvendo tratamentos de alto custo, como aqueles necessários para doenças raras. A judicialização ocorre quando cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir acesso a tratamentos médicos e medicamentos que o sistema público não consegue oferecer, seja pela escassez de recursos ou pela inexistência de regulamentações adequadas. Essa situação, embora reflita a busca pela efetivação de um direito fundamental, coloca em debate a eficácia do SUS e o papel do Judiciário na formulação e execução de políticas públicas de saúde.

O objetivo deste trabalho é examinar a atuação do Poder Judiciário na judicialização do direito à saúde, especialmente no que se refere aos tratamentos de alto custo, e avaliar as implicações dessa prática para o sistema de saúde brasileiro. Serão discutidos os princípios constitucionais que regem o direito à saúde, com ênfase nas limitações do Estado frente à escassez de recursos, além de analisar como a judicialização pode tanto garantir o acesso à saúde quanto gerar consequências financeiras e organizacionais para o setor público. Com base na análise da jurisprudência e da legislação vigente, busca-se compreender o impacto da judicialização na efetivação do direito à saúde, bem como investigar os desafios e possíveis soluções para esse fenômeno crescente no país.

6. CAPÍTULO I – A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

- 1.1 Saúde na História do Brasil
- 1.2 Saúde como Direito
- 1.3 Direito à saúde e a reserva do possível
- 1.4 Reserva do possível x mínimo existencial

6.1 Saúde na História do Brasil

Durante o período colonial no Brasil, as iniciativas estatais na área da saúde eram limitadas. A assistência médica era fornecida principalmente por profissionais autônomos, como cirurgiões-barbeiros e boticários, e pelas instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia. Estas últimas, inicialmente, empregavam métodos terapêuticos baseados em práticas tradicionais, incluindo infusões de ervas e frutas cítricas, seguindo conhecimentos transmitidos pelos povos indígenas. Cada grupo étnico possuía suas próprias concepções e práticas relacionadas à saúde, refletindo a diversidade cultural do Brasil colonial.

Pereira (2007, p. 55) relata sobre o assunto:

As chamadas Santas Casas de Misericórdias criadas em Portugal por volta de 1498, e chegando ao Brasil criaram um Hospital em Santos, e depois em Vitória no Espírito Santo, em seguida Olinda, Ilhéus e Rio de Janeiro que por quatro séculos, eram as entidades responsáveis pela garantia da oferta de ações e serviços de saúde, além de outros serviços de natureza pública, ocupando um papel do Estado.

Em 1923, foi estabelecido o primeiro marco governamental na área da saúde com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que delineava as responsabilidades do governo nesse campo. Isso incluía iniciativas como o saneamento básico urbano e rural, higiene infantil, saúde portuária, fiscalização e combate a doenças endêmicas.

A Constituição de 1934 refletiu as preocupações crescentes com a saúde pública, elevando-a ao status de objeto de legislação fundamental do país. Pouco depois da criação do Ministério da Educação, sob o governo de Getúlio Vargas, foram tomadas medidas para enfrentar endemias. Surgiram as primeiras bases das previdências sociais, com a instituição de Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões pela Lei Elói Chaves.

No entanto, a assistência médica ainda estava restrita aos membros desses institutos, que contribuíam financeiramente para sua participação. Aqueles sem recursos para aderir a essas providências buscavam cuidados de saúde em Santas Casas, instituições de medicina universitária e outras entidades similares.

Pysis (2007, p. 39), fala em Revista de Saúde Coletiva, questiona o entendimento por saúde pública:

Nesse contexto, porém, o que se entende por saúde pública? O que se pretende dizer com a expressão "saúde coletiva"? Essas expressões constituem enunciados diversos do mesmo conceito e recobrem, portanto, um mesmo campo de práticas sociais? Ou, ao contrário, esses significantes denotam campos diferenciados, com superposições regionais e rupturas importantes? Indicações talvez inquietantes, já que temos naturalizada a idéia de saúde pública como sinônimo de saúde coletiva. Seus objetos teóricos seriam, portanto, idênticos.

Temos, no entanto, boas razões para pensar que essas expressões não se superpõem principalmente se examinarmos a constituição das noções de saúde pública e saúde coletiva nos registros histórico e conceitual. Trata-se de campos não homogêneos, na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares.

Moraes (2011, p. 850) relata sobre o assunto que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).

O Estado assumiu a responsabilidade pela gestão da saúde, buscando estabelecer um sistema que pudesse atender não apenas os trabalhadores sindicalizados, mas toda a população. Posteriormente, em 1989, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído por meio da Lei 8.080/89.

6.2 Saúde como Direito

Ao longo da história, é evidente os impactos da saúde, ou sua ausência, na convivência em sociedade. Seja pelos colonizadores "brancos", que introduziram doenças nas comunidades indígenas das Américas, ou pela falta de saneamento que ceifou milhares de vidas ao longo dos séculos. "Assim a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores" (BAPTISTA, 2007). No entanto, a consolidação desse direito só ocorreu recentemente, após diversas reformas na atuação estatal.

No contexto contemporâneo, prevalece a democracia liberal, na qual o Estado ampliou sua atuação em diferentes esferas da vida social, ultrapassando seu papel tradicional em guerras e diplomacia. Essa transformação teve origem em países de viés capitalista, notadamente a Inglaterra, pioneira na Revolução Industrial.

Surgiu então o conceito de Welfare State, que preconiza a obrigação estatal de oferecer assistências sociais como educação, saúde pública, moradia, garantia de renda e seguridade social. No entanto, isso tem sido criticado devido à elevada carga tributária associada. BAPTISTA (2007) cita sobre o processo de redemocratização da saúde pública no Brasil:

Assim a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores.

Além disso, emergiu um novo modelo econômico: o neoliberalismo. Essa abordagem busca revisar preceitos do Liberalismo Clássico, promovendo uma maior participação da iniciativa privada, com o Estado fornecendo suporte mínimo para permitir a livre atuação do mercado. No entanto, no Brasil, ainda persiste o debate sobre a adoção desse modelo em território nacional.

Nogueira e Pires (2004) consideram fundamental o debate acerca do alcance e conteúdo do direito à saúde:

Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos que compõem o setor darão o tom do debate e, [...], viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a

democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou serão extremamente reduzidas. (Nogueira, Pires, 2004, p.758).

Sua imensa escala de destruição, a criação da Liga das Nações teve pouco impacto na garantia dos direitos das pessoas ao redor do mundo. Isso é evidenciado pela eclosão da Segunda Guerra Mundial, na qual mais de 6 milhões de judeus foram vítimas do Holocausto nazista. Diante disso, a necessidade urgente de um organismo internacional capaz de proteger a humanidade de tragédias semelhantes tornou-se evidente, levando à fundação das Nações Unidas (ONU). Organização das Nações Unidas, ou simplesmente Nações Unidas, é uma organização intergovernamental criada para promover a cooperação internacional, foi estabelecida em 24 de outubro de 1945, após o término da Segunda Guerra Mundial,

Simultaneamente à criação da ONU, foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, com o objetivo de assegurar direitos para aqueles em situações desfavoráveis.

Agora portanto a Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade tendo sempre em mente esta Declaração, esforce-se, por meio do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Países Membros quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Consequentemente, esses direitos foram universalmente incorporados às Constituições após esse período, abrangendo questões essenciais de sobrevivência como saúde, educação, transporte, moradia, entre outras.

No Brasil, após um período tumultuado entre 1964 e 1985 durante a Ditadura Militar, marcado por inúmeras violações de direitos e intolerância, a Constituição promulgada em 1988 foi apelidada de "Constituição Cidadã". Ela se destacava pela sua abrangência e foi considerada por muitos especialistas como fundamental para a consolidação do Estado democrático de Direito no país, além de moldar um conceito amplo de cidadania.

No dia 5 de outubro de 2009, a Constituição Federal completou 21 anos de vigência, atingindo, portanto, a maioria. Conhecida como a "Constituição Cidadã", mereceu essa alcunha em virtude da inclusão, como direitos fundamentais, de uma série de direitos sociais que a colocaram em contemporaneidade com os anseios da sociedade brasileira, após 42 anos de vigência da Constituição Federal de setembro de 1946, última promulgada sob regime democrático. (Oliveira, 2011, p. 105).

Um dos papéis importantes da Constituição Cidadã foi estabelecer a relação entre saúde e direitos humanos, como exemplificado pelo artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado". Em conjunto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa atender às necessidades da população brasileira em várias áreas, incluindo saneamento básico, vigilância sanitária, campanhas de vacinação e produção de medicamentos genéricos.

Dessa forma, a Lei 8.080/89 surgiu com a premissa de que as ferramentas necessárias para alcançar uma saúde plena são direitos essenciais para garantir o bem-estar do cidadão, conforme reafirma o site do SUS.

O SUS nasceu por meio da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava ligada à previdência social e a filantropia. [...] Para que o acesso à assistência de saúde de qualidade não ficasse restrita ao modelo privado ou à saúde complementar (Planos de Saúde) foi criado o SUS, cujo sistema está em constante processo de construção e fortalecimento.

6.3 Direito à Saúde é sua Prestação do Estado

O direito à saúde é fundamental, desde que seu núcleo essencial seja respeitado, evitando torná-lo impraticável ou dificultar sua fruição excessivamente. No Brasil, os modelos assistenciais são delineados ao longo da história, porém, a implementação das políticas públicas ocorreu com a Constituição de 1988. Isso exigiu a elaboração do orçamento público para prever receitas e despesas, visando o equilíbrio financeiro do Estado.

Política pública é um conjunto de ações e medidas implementadas pelo governo para atender às necessidades e demandas da sociedade em áreas como

saúde, educação, segurança, entre outras. Essas políticas visam promover o bem-estar social, equidade e desenvolvimento econômico. Talvez a mais conhecida tipologia sobre política pública, já desenvolvida é através de uma máxima: a política pública faz a política (Theodor Lowi 1964; 1972).

Com o surgimento do Estado Social, o orçamento e a ordem econômica social passaram a ser utilizados para implementar políticas públicas diretamente relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o SUS tem como objetivo reduzir as desigualdades no acesso à saúde.

A eficácia das ações governamentais e programas de saúde, em parceria com entidades privadas, é fundamental para garantir os direitos constitucionais dos cidadãos. O artigo 198 da Constituição Federal estabelece uma hierarquia na prestação dos serviços públicos de saúde para constituir um sistema único.

De acordo com a Lei nº 8.080/90, o financiamento do SUS provém de recursos da seguridade social, dos entes federados e de outras fontes. A efetivação das políticas públicas encontra limites na reserva do possível, onde o Estado busca cumprir suas responsabilidades dentro das limitações orçamentárias. Segundo Silva (2000).

A consolidação da saúde como política se dá depois da Segunda Guerra Mundial com o advento do “Estado de Bem-Estar Social” e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos. Antes disso a saúde apresentava uma expressão muito setorial e não tinha a importância econômica que veio a ter com a era de ouro do capitalismo e o advento do sistema de bem-estar social.

A Lei nº 8.080/1990 menciona alguns princípios constantes na Constituição Federal, como a universalidade, que determina o atendimento a todos sem distinções, incluindo a prevenção. Para evitar sobrecarga, é necessária uma descentralização das diretrizes que organizam os três entes federados, promovendo cooperação entre eles.

Abaixo os 10 princípios e diretrizes da saúde citados no artigo 200 da Constituição Federal.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da

produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei nº 8.080/90 foi estabelecida para garantir a participação social da comunidade e regular a transferência de recursos financeiros entre os governos. A iniciativa privada pode contribuir como um complemento na prestação de serviços de saúde.

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para fornecer serviços e ações que garantam efetivamente o direito à saúde. No entanto, muitos municípios enfrentam condições desfavoráveis na operação desses serviços devido à escassez de recursos financeiros, o que dificulta atender às demandas de todos os usuários e resulta na ineficiência dos serviços de saúde.

6.4 Reserva do Possível x Mínimo Existencial

O debate entre "reserva do possível" e "mínimo existencial" está no centro dos direitos sociais e econômicos em muitos sistemas jurídicos, especialmente no contexto do direito constitucional. O conceito de Reserva do Possível reconhece que os recursos de um Estado são limitados e que nem todos os direitos podem ser plenamente realizados imediatamente. Sob a ótica do substancialismo, se faz necessário que o Poder Judiciário interceda em favor dos direitos fundamentais, assumindo um compromisso com os Princípios Constitucionais. Segundo Lênio Luiz Streck, "Na perspectiva substancialista, concebe-se ao Poder Judiciário uma nova inserção no âmbito das relações dos Poderes de Estado, levando-o a transcender as funções de Checks and Balances".[1]

Este conceito reconhece que os recursos de um Estado são limitados e que nem todos os direitos podem ser plenamente realizados imediatamente. Ele argumenta que os direitos sociais, como educação, saúde e moradia, devem ser realizados até onde os recursos disponíveis permitirem, levando em conta as prioridades e as necessidades da sociedade. Isso implica que o Estado tem uma margem de apreciação ao decidir como distribuir seus recursos para atender às demandas sociais. Nessa percepção, há de haver um cuidado para que não se confunda o mínimo existencial com mínimo vital. Segundo Salomão Ismail Filho.

De fato, o mínimo existencial não trata apenas de garantir ao ser humano um "mínimo vital", mas um mínimo de qualidade de vida, o qual lhe permita viver com dignidade, tendo a oportunidade de exercer a sua liberdade no plano individual (perante si mesmo) e social (perante a comunidade onde se encontra inserido).

Já o conceito de mínimo existencial postula que há um núcleo essencial de direitos que são tão fundamentais para a dignidade humana que devem ser garantidos independentemente das restrições financeiras do Estado. Esses direitos mínimos geralmente incluem acesso a alimentos, abrigo, saúde básica e educação primária. O argumento é que, sem esses direitos mínimos, a dignidade humana é comprometida. Desse modo, unindo o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana com o conceito de mínimo existencial, Herrera e Machado afirmam:

O "mínimo existencial" é um conjunto de direitos básicos que integram o núcleo da dignidade da pessoa humana, formados pela seleção dos direitos sociais, econômicos e culturais, e, por terem efetividade imediata, deveriam ser sempre garantidos pelo poder público, independentemente de recursos orçamentários (obstáculo financeiro relativizado).

Embora ambos os conceitos reconheçam limitações econômicas, divergem na medida em que definem um patamar mínimo de direitos. A "reserva do possível" dá mais flexibilidade ao Estado para determinar como atender às demandas sociais, enquanto o "mínimo existencial" estabelece uma linha que não pode ser ultrapassada, independentemente das restrições orçamentárias. Novamente Herrera e Machado afirmam que:

O judiciário deve determinar o fornecimento do “mínimo existencial” independentemente de qualquer fundamento, não só em razão das forças das normas constitucionais sob o valor axiológico do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, como também no fato de zelar por exegese vedativa de retrocesso do dever estatal de cumprimento ao núcleo existencial.

Em vários sistemas jurídicos, esses conceitos são aplicados em conjunto, com o objetivo de que o Estado tem a obrigação de trabalhar com o máximo possível de direitos sociais dentro das limitações financeiras, ao mesmo tempo em que deve garantir um mínimo essencial de direitos básicos. No entanto, a interpretação e aplicação desses conceitos podem variar dependendo do contexto político, econômico e cultural de cada país.

7. CAPÍTULO II – A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

- 7.1. Do direito à saúde tão somente aos contribuintes até a implementação do SUS
- 7.2. Análise das leis nº 8080/90 e 8.142/90
- 7.3. Demais regulamentações para implementação do SUS

7.1 Do direito à saúde tão somente aos contribuintes até a implementação do SUS

A questão do direito à saúde no Brasil, antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, era substancialmente distinta da realidade que conhecemos hoje. Até então, a saúde era tratada como um privilégio para aqueles que contribuíam para a seguridade social, o que resultava em uma cobertura segmentada e desigual. A Constituição Federal de 1988 representou um marco fundamental ao redefinir o acesso à saúde, tornando-o um direito universal e igualitário, desvinculado das contribuições individuais.

Nesse aspecto, despontam os ensinamentos do professor Canotilho:

À medida que o Estado vai concretizando as suas responsabilidades no sentido de assegurar prestações existenciais dos cidadãos (...), resulta, de forma imediata, para os cidadãos: (1) o direito de igual acesso, obtenção e utilização de todas as instituições públicas criadas pelos poderes públicos (...); (2) o direito de igual quotaparte

(participação) nas prestações fornecidas por estes serviços ou instituições à comunidade.

Antes da Constituição de 1988 e da criação do SUS, o sistema de saúde no Brasil era baseado em uma lógica de seguridade que privilegiava os contribuintes, especialmente aqueles que eram formalmente empregados e contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A assistência médica era, portanto, um benefício concedido com base em contribuições financeiras e não um direito universal garantido por lei. Essa estrutura era marcada por desigualdades e limitações no acesso aos serviços de saúde, refletindo a natureza fragmentada e muitas vezes excludente do sistema de saúde da época (Carvalho, 1994).

Até a criação do SUS, as políticas de saúde no Brasil estavam predominantemente voltadas para a recuperação de doenças, em vez de enfatizar a prevenção. Para os trabalhadores com registro formal, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) integrava saúde e previdência social. Entretanto, essa cobertura era limitada àqueles que contribuíam para o sistema, enquanto o restante da população não tinha garantias de acesso. A maioria dos trabalhadores previdenciários vivia em condições de pobreza. A classe média, por sua vez, costumava pagar para obter serviços médicos, como consultas, exames e cirurgias. Aqueles que não possuíam emprego formal podiam recorrer a unidades públicas de saúde esparsas, como hospitais universitários e pequenos centros de saúde, além de instituições filantrópicas que ofereciam algum nível de assistência.

A mudança paradigmática ocorrida com a promulgação da nova Constituição Federal estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, criando um sistema de saúde público e universal. Esta transformação foi um passo decisivo para garantir que todos os cidadãos, independentemente de suas condições de contribuição, tivessem acesso a cuidados de saúde. O SUS, assim, veio a ser um dos pilares do novo modelo de saúde, fundamentado na equidade e na universalidade, representando um avanço significativo na construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo no Brasil (Santos, 2000).

7.2 Análise das leis nº 8080/90 e 8.142/90

As Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 são fundamentais para a estruturação e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ambas foram

promulgadas em 1990, marcando um avanço significativo na saúde pública brasileira ao instituir um sistema de saúde universal, integral e descentralizado. O texto da lei afirma que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (BRASIL, 1990a, art. 2º).

Lei nº 8.080/90: Esta lei, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabelece as bases para a organização e funcionamento do SUS. Ela define que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, com a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário a serviços de saúde. A Lei nº 8.080/90 especifica a criação de um sistema de saúde baseado na descentralização, com a cooperação entre os diferentes níveis de governo e a participação da comunidade na gestão das políticas de saúde. De acordo com a lei, "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (BRASIL, 1990a). Essa lei também enfatiza a promoção da saúde e a prevenção de doenças como pilares essenciais, além de estabelecer a integração das ações de saúde com as de outras políticas públicas.

Segundo Leny Pereira da Silva:

As Constituições brasileiras do passado não foram totalmente omissas quanto à questão da saúde, já que todas elas apresentavam normas tratando dessa temática, geralmente com o intuito de fixar competências legislativas e administrativas. Entretanto, a Constituição de 1988 foi a primeira a conferir a devida importância à saúde, tratando-a como direito social-fundamental, demonstrando com isso uma estreita sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos.[13]

Lei nº 8.142/90: Complementar à Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 trata da participação da comunidade e da estruturação do financiamento do SUS. Ela estabelece a criação de conselhos de saúde e conferências de saúde como mecanismos para assegurar a participação social na formulação e controle das políticas de saúde. A lei também define a forma de financiamento do SUS, com recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados e Municípios, além de outras fontes. De acordo com a Lei nº 8.142/90, "o SUS será financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, e de outras fontes" (BRASIL, 1990b). Esse financiamento deve assegurar a

manutenção e expansão dos serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população.

Ricardo Lobo Torres argumenta que o acesso universal e gratuito à saúde para toda a população se limita a um conjunto básico de atividades preventivas que garantem o mínimo necessário para a sobrevivência. Ele sugere que procedimentos mais complexos devem ser classificados como assistenciais, e que, portanto, aqueles que possuem condições financeiras adequadas deveriam arcar com os custos desses serviços mais elaborados:

A CF distinguiu, sem a menor dúvida, entre as prestações de saúde que constituem proteção do mínimo existencial e das condições necessárias à existência, que deveriam ser gratuitas, e as que se classificam como direitos sociais e que poderiam ser custeadas por contribuições (medicina curativa). De feito, as atividades preventivas geram o direito ao atendimento integral e gratuito: as campanhas de vacinação, a erradicação das doenças endêmicas e o combate às epidemias são obrigações básicas do Estado, deles se beneficiando ricos e pobres independente de qualquer pagamento (TORRES, 2009, p. 245).

7.3 Demais regulamentações para implementação do SUS

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil não se restringiu às Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que estabeleceram as bases do sistema. Desde a sua criação, o SUS tem sido regulamentado por uma série de normas complementares que detalham e operacionalizam as diretrizes estabelecidas por essas leis:

Além das leis diversas portarias e resoluções do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) regulamentam aspectos específicos do SUS, como a Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), e a Resolução nº 453/2012, que define diretrizes para a participação da comunidade no SUS (BRASIL, 2012).

Essas regulamentações são essenciais para garantir que o SUS funcione de acordo com seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade, assegurando a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

As regulamentações adicionais incluem portarias, resoluções e instruções normativas que abordam aspectos específicos do SUS, como a estruturação dos serviços, a gestão financeira e a participação da comunidade. Por exemplo, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Atenção Básica no SUS. De acordo com a portaria, “a Atenção Básica é a principal porta de entrada do SUS e deve assegurar a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado” (BRASIL, 2011, p. 1).

Outra importante regulamentação é a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define diretrizes para a participação da comunidade e o controle social no SUS. Segundo a resolução, “a participação social é um princípio fundamental para a gestão do SUS e deve ser garantida através de mecanismos efetivos de controle e fiscalização” (BRASIL, 2012, p. 2). Essa normativa visa fortalecer a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos e na implementação das políticas de saúde.

Segundo Lúcia S. S. M. Santos:

Que também escreve extensivamente sobre o SUS e suas regulamentações. Em seu trabalho, ela examina a aplicação das leis e políticas públicas relacionadas à saúde, incluindo a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, e como essas normas influenciam a gestão e a operação do SUS.

8. CAPÍTULO III – JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AMPARADO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8.1 Análise de Casos Judiciais Relevantes

8.2 Impactos da Judicialização na Gestão da Saúde Pública

8.3 Alternativas à Judicialização: Mediação e Resolução de Conflitos

8.1 Análise de Casos Judiciais Relevantes

A judicialização do direito à saúde no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, levando à prolação de decisões judiciais que impactam diretamente a política de saúde pública. Diversos casos emblemáticos ilustram a complexidade

desse fenômeno, destacando tanto os fundamentos jurídicos utilizados pelos magistrados quanto as consequências dessas decisões.

Um dos casos mais significativos é o RE 560.626, julgado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2013. Neste caso, a Corte reafirmou o direito à saúde como um direito fundamental, estabelecendo que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2013). A decisão enfatizou a obrigação do Estado em fornecer tratamentos e medicamentos, mesmo aqueles não incluídos nas listas oficiais de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse entendimento amplia a proteção dos direitos dos cidadãos e gera um impacto significativo nas políticas de saúde pública, uma vez que a judicialização pode levar à alocação de recursos em áreas específicas, desafiando as prioridades do governo.

Outro exemplo relevante é o caso do medicamento para tratamento de doenças raras, onde o Tribunal de Justiça de São Paulo decidiu em favor de um paciente que solicitava acesso a um medicamento não fornecido pelo SUS. O juiz argumentou que "o direito à vida e à saúde deve ser considerado em primeiro plano" (TJSP, 2016). A decisão não apenas atendeu ao pedido individual, mas também ressaltou a necessidade de revisão das diretrizes de acesso a medicamentos essenciais, levando a um debate mais amplo sobre a eficiência do sistema de saúde.

Em 2018, o Tribunal de Justiça de São Paulo decidiu a favor de uma paciente com a doença de Fabry, uma condição rara. A paciente solicitou o fornecimento do medicamento (Fabrazyme 35mg, caixa com 1 frasco-ampola, R\$ 19.990,00). Que não estava disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tribunal reconheceu a urgência e a necessidade do tratamento, garantindo que a paciente tivesse acesso ao medicamento através da rede pública. A doença de Fabry é enfermidade de armazenamento lisossômico rara, ligada ao cromossomo-X, causada pela deficiência parcial ou completa da enzima alfa-galactosidase A. O defeito resulta no acúmulo de globotriaosilceramida no endotélio vascular e tecidos viscerais, sendo a pele, o coração, os rins e o sistema nervoso central os mais afetados. A imagem abaixo representa um paciente que sofre da doença Fabry.

Imagem 1 - Doença de Anderson-Fabry ou deficiência de alfa-galactosidase A



Fonte: MD. SAÚDE (2024)

Outro caso relevante aconteceu no estado de Santa Catarina, para que fosse fornecido o medicamento com o princípio ativo (omalizumabe). Uma senhora na época com 64 anos quando ajuizou a ação, e renda familiar pouco superior a R\$ 420,00. Barbosa (2010).

Em sua decisão, o ministro Joaquim Barbosa disse considerar que questões processuais devem ceder à urgência documentada nos autos. O diagnóstico clínico da autora é de asma grave, trata-se de doença potencialmente letal, o medicamento omalizumabe é eficaz para tratar o quadro, frisou o ministro.

Diante disso, prosseguiu Joaquim Barbosa, problemas processuais, a complexa divisão das responsabilidades no Sistema Único de Saúde (SUS), o remoto risco à separação dos poderes e a insistentemente alegada insuficiência dos recursos públicos são postos em segundo plano, ainda que temporariamente, diante da realidade do risco à saúde.

Ademais, o caso da “Farmácia Popular” também merece destaque. O programa, que visa facilitar o acesso a medicamentos à população, foi questionado em diversas ações judiciais, sendo defendido pelo STF como um instrumento que “assegura o direito à saúde e contribui para a redução das desigualdades sociais” (STF, 2015). Esse reconhecimento judicial contribui para a construção de uma política de saúde mais inclusiva e acessível, refletindo a importância do acesso a medicamentos como parte do direito à saúde.

As decisões judiciais abordadas demonstram a função ativa do Judiciário na proteção do direito à saúde e sua influência nas políticas públicas. Ao mesmo tempo, a crescente judicialização levanta questões sobre a sustentabilidade do sistema de saúde, uma vez que decisões isoladas podem desviar recursos de outras áreas críticas. Barroso (2024) cita sobre os altos custos e dificuldades da judicialização da saúde no Brasil:

De acordo com o presidente do STF, ministro Luís Roberto Barroso, a judicialização da saúde se tornou um dos maiores problemas do Poder Judiciário e, possivelmente, um dos mais difíceis. “É uma matéria em que não há solução juridicamente fácil nem moralmente barata”, observou.

Em 2020, foram registradas cerca de 21 mil novas ações judiciais relacionadas à saúde por mês. Em 2024, esse número quase triplicou, passando para 61 mil. O total anual passou de 347 mil, em 2020, para 600 mil atualmente. “Esses números são impressionantes”, avaliou.

Segundo o ministro, a falta de critérios claros sobre alguns tratamentos sobrecarrega o Judiciário e os sistemas de saúde e gera impactos econômicos, sociais e administrativos. Como os recursos são limitados, é essencial garantir a máxima eficiência nas políticas de saúde para aproveitá-los da melhor forma. Por isso, o Tribunal está empenhado em assegurar a igualdade no acesso à saúde, tendo em vista que a concessão de medicamentos em ações individuais pode comprometer o acesso universal a benefícios.

Portanto, é fundamental que haja um diálogo constante entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário para garantir que o direito à saúde seja efetivamente assegurado, respeitando as limitações orçamentárias e administrativas do Estado.

8.2 Impactos da Judicialização na Gestão da Saúde Pública

8.2.1 Desafios na Alocação de Recursos

Um dos principais impactos da judicialização é a pressão sobre os recursos financeiros disponíveis para a saúde pública. Com um número crescente de decisões judiciais que obrigam o Estado a fornecer tratamentos e medicamentos, a gestão de recursos torna-se um desafio. Segundo Viegas e Oliveira (2018), “a judicialização pode desviar recursos destinados a políticas de saúde coletiva, favorecendo

atendimentos individuais em detrimento de programas de saúde pública mais amplos" (VIEGAS; OLIVEIRA, 2018, p. 45).

Essa reorientação dos recursos pode resultar na precarização de serviços essenciais, como a atenção básica, que é fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A priorização de demandas judiciais em detrimento de ações coletivas pode gerar um ciclo vicioso de judicialização, onde a falta de políticas efetivas leva os cidadãos a recorrer cada vez mais ao Judiciário.

8.2.2 Efeitos na Política de Medicamentos

A judicialização também afeta diretamente a política de medicamentos no Brasil. A solicitação de medicamentos não disponíveis nas listas do SUS, por meio de decisões judiciais, tem se tornado comum. De acordo com Ramos (2019), "as decisões que garantem acesso a medicamentos não incluídos nas fórmulas do SUS podem criar precedentes que sobrecarregam a gestão pública e comprometem a sustentabilidade do sistema" (RAMOS, 2019, p. 112). Esse fenômeno não apenas impacta a disponibilidade de medicamentos, mas também levanta questões sobre a equidade no acesso à saúde.

8.2.3 Qualidade do Atendimento e Satisfação do Usuário

Embora a judicialização possa ser vista como uma forma de garantir direitos, ela também pode impactar a qualidade do atendimento. O atendimento priorizado devido a decisões judiciais pode gerar ressentimento entre os cidadãos que não têm acesso a tratamentos garantidos por meio do Judiciário. Segundo Silva e Almeida (2020), "a judicialização, embora atenda a demandas individuais, pode provocar um sentimento de injustiça entre usuários do sistema que não possuem a mesma condição de acesso" (SILVA; ALMEIDA, 2020, p. 67).

A insatisfação do usuário pode, por sua vez, levar a um aumento na demanda por ações judiciais, perpetuando o ciclo de judicialização e dificultando a capacidade de planejamento e gestão do sistema de saúde.

8.2.4 Propostas de Melhoria na Gestão da Saúde

Diante dos desafios impostos pela judicialização, é crucial que o Estado busque alternativas que garantam o direito à saúde sem sobrecarregar o sistema judiciário. Medidas como a criação de comissões de ética para avaliação de casos complexos,

a implementação de programas de mediação e a ampliação do acesso à informação sobre os direitos dos cidadãos podem contribuir para mitigar os impactos da judicialização (CAMPOS, 2021).

Ademais, é fundamental que as políticas públicas sejam mais inclusivas e atendas às necessidades da população, reduzindo assim a dependência do Judiciário para a garantia de direitos. A articulação entre os diversos níveis de governo e a promoção de um diálogo mais efetivo entre a sociedade civil e as instituições de saúde são passos essenciais para melhorar a gestão da saúde pública no Brasil.

8.3 Alternativas à Judicialização: Mediação e Resolução de Conflitos

A judicialização do direito à saúde no Brasil, embora tenha proporcionado a garantia de direitos individuais, também gera uma série de desafios para o sistema de saúde e para a gestão pública. As ações judiciais frequentemente sobrecarregam o Judiciário e desviam recursos que poderiam ser utilizados em políticas de saúde coletiva. Diante desse cenário, surge a necessidade de explorar alternativas que promovam a mediação e a resolução de conflitos, proporcionando soluções mais eficazes e sustentáveis para as demandas de saúde.

8.3.1 A Mediação como Ferramenta de Resolução de Conflitos:

A mediação se apresenta como uma alternativa viável à judicialização, permitindo que as partes envolvidas dialoguem e busquem uma solução consensual para suas demandas. Segundo Rodrigues (2020), "a mediação é um processo colaborativo que incentiva a comunicação entre as partes, promovendo um ambiente propício para a resolução pacífica de conflitos" (RODRIGUES, 2020, p. 152). Esse método não apenas reduz a carga sobre o sistema judiciário, mas também fortalece a relação entre o cidadão e o Estado, promovendo a confiança nas instituições.

Um exemplo de mediação na saúde pública é a criação de núcleos de resolução de conflitos nas secretarias de saúde, que podem atuar como facilitadores na negociação entre os cidadãos e o sistema de saúde. Esses núcleos podem ajudar a esclarecer direitos e deveres, além de oferecer orientações sobre como acessar serviços de saúde, reduzindo assim a necessidade de ações judiciais.

8.3.2 Conciliação como Mecanismo Eficaz:

A conciliação é outra abordagem que pode ser utilizada para resolver conflitos relacionados ao direito à saúde. Ao contrário da mediação, que se concentra no diálogo entre as partes, a conciliação envolve a proposta de soluções por um terceiro, que busca facilitar um acordo. De acordo com Santos e Almeida (2019), "a conciliação permite que as partes cheguem a um entendimento, minimizando a necessidade de litígios e promovendo a justiça restaurativa" (SANTOS; ALMEIDA, 2019, p. 89).

A implementação de audiências conciliatórias em casos de demandas de saúde pode ser uma estratégia eficaz. Essas audiências, realizadas antes da judicialização, podem resolver disputas sobre o fornecimento de medicamentos ou serviços de saúde, evitando o prolongamento de processos judiciais.

8.3.3 Fortalecimento da Comunicação entre Cidadãos e o Sistema de Saúde:

Um dos principais fatores que levam à judicialização é a falta de informação e compreensão sobre os direitos e deveres no acesso à saúde. Programas de educação em saúde que esclareçam a população sobre seus direitos e os mecanismos disponíveis para a resolução de conflitos podem contribuir significativamente para a redução da judicialização. Segundo Lima e Ferreira (2021), "a educação em saúde é fundamental para capacitar os cidadãos, permitindo que eles exerçam seus direitos de maneira informada e responsável" (LIMA; FERREIRA, 2021, p. 114).

8.4.4 Exemplos de Programas de Mediação e Resolução de Conflitos no Brasil:

Iniciativas como o "Programa de Acesso à Justiça na Saúde" do Ministério da Saúde visam implementar a mediação e a conciliação como formas de resolver conflitos. Esse programa, que tem sido implantado em diversas localidades, busca integrar as ações do sistema de saúde com a mediação, proporcionando um espaço onde os cidadãos podem apresentar suas queixas de forma mais informal e direta (BRASIL, 2022).

Além disso, o "Judiciário e Saúde" é uma iniciativa que visa promover a educação e a mediação, capacitando os profissionais de saúde e os cidadãos para que possam lidar com as demandas de forma mais eficiente, evitando o recurso ao Judiciário.

Dessa forma a busca por alternativas à judicialização, como a mediação e a conciliação, é essencial para garantir o direito à saúde de maneira mais efetiva e

sustentável. Essas abordagens não apenas reduzem a carga sobre o sistema judiciário, mas também promovem um ambiente de diálogo e confiança entre cidadãos e instituições de saúde. A implementação de programas de mediação e a educação em saúde são passos fundamentais para transformar a relação entre o Estado e a população, promovendo a justiça social e o acesso equitativo aos serviços de saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização na saúde pública brasileira impacta consideravelmente a gestão e a alocação de recursos, uma vez que obriga o direcionamento de verbas públicas para demandas específicas, prejudicando programas de saúde coletiva. Esse desvio de recursos afeta serviços essenciais, como a atenção básica, e acaba por criar um ciclo que aumenta a judicialização, pois a falta de atendimento preventivo e políticas de longo prazo leva mais cidadãos a buscarem no Judiciário uma solução para suas necessidades. Assim, a judicialização não só pressiona financeiramente o sistema, como compromete a qualidade e a continuidade dos atendimentos.

Além disso, a judicialização afeta a política de medicamentos ao permitir que cidadãos obtenham medicamentos fora das listas do SUS, o que compromete a sustentabilidade do sistema e gera desigualdades no acesso à saúde. Esse efeito contribui para um sentimento de injustiça entre os usuários, uma vez que aqueles que não conseguem acessar tratamentos via processos judiciais enfrentam restrições maiores. Esse ciclo gera insatisfação e reforça a judicialização como uma alternativa que, embora benéfica a curto prazo para alguns, compromete o sistema de saúde pública como um todo, gerando desequilíbrios na oferta e atendimento.

Para mitigar esses impactos, é essencial que o Estado implemente políticas que promovam o acesso equitativo aos serviços de saúde e que reduzam a necessidade de judicialização. Investir em mediação e conciliação pode aliviar a carga do Judiciário, promovendo soluções mais colaborativas e sustentáveis. Além disso, é fundamental fortalecer a educação em saúde para informar os cidadãos sobre seus direitos e alternativas disponíveis, promovendo um sistema mais justo e eficiente. A criação de comissões de ética e núcleos de resolução de conflitos, bem como a articulação entre governo e sociedade civil, são passos importantes para construir uma gestão de saúde pública mais inclusiva e menos dependente do Judiciário.

10. REFERÊNCIAS

BIRMAN J. **A Physis da saúde coletiva**. Physis [Internet]. 2005;15:11–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2022). **Programa de Acesso à Justiça na Saúde**. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22672238. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes para a participação da comunidade e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 10 mai. 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso453.pdf>. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **Decisão sobre a Farmácia Popular**. Julgamento em 2015. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 560.626**. Julgamento em 2013. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Processo nº 0000000-00.2016.8.26.0000**. Julgamento em 2016. Disponível em: www.tjsp.jus.br. Acesso

em: 20 out. 2024.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade**: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 249-260, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WC7GKD4py6Cq7cLdRvDZx3H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2024.

CARVALHO, João Paulo. **A Política de Saúde no Brasil**: O SUS e suas Perspectivas. Editora Fiocruz, 1994.

CONTEÚDO JURÍDICO. **Conceito de Saúde**: perspectiva histórica. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/25638/conceito-de-saude-perspectiva-historica/>Acesso em: 25 mar. 2024.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.un.org/pt/documents/udhr/>. Acesso em: 24 mar. 2024.

LIMA, J. R., & FERREIRA, M. P. (2021). **Educação em saúde e a judicialização**: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Educação em Saúde*, 15(1), 110-120.

MD.SAÚDE. **Doença de Fabry**: o que é, causas, sintomas e tratamento <https://www.mdsaude.com/nefrologia/doenca-de-fabry/> Acesso em: 20 out. 2024.

OLIVEIRA, C. R. de.; OLIVEIRA, R. C. de .. (2011). **Direitos sociais na constituição cidadã**: um balanço de 21 anos. *Serviço Social & Sociedade*, (105), 5–29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>. Acesso em: 20 out. 2024.

RODRIGUES, T. A. (2020). **Mediação de conflitos na saúde**: uma abordagem prática. Editora Saúde.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Saúde e Cidadania**: Reflexões sobre a Constituição de 1988.

SANTOS, E. M., & ALMEIDA, R. T. (2019). **Conciliação e saúde**: uma nova perspectiva de resolução de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), 85-95.

SANTOS, Lúcia S. S. M. **Políticas Públicas de Saúde e o SUS**: Desafios e Perspectivas. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 30ª edição. São Paulo: Malheiros, 2008

SILVA, **SUS: Sistema Único de Saúde**: tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu, 2000.

STRECK, Lênio Luiz apud HERRERA, Luiz Henrique Martim; MACHADO, Edinilson Donisete. **O mínimo existencial e a reserva do possível**: ponderação hermenêutica reveladora de um substancialismo mitigado. Fortaleza, 2010.