TEXTO PARA DISCUSSÃO

2547

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA

Fabiola Sulpino Vieira

ipea

2547
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Brasília, março de 2020

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA[1]

Fabiola Sulpino Vieira[2]

1. Agradeço aos revisores deste texto pelas sugestões e contrapontos apresentados, os quais foram fundamentais para o aperfeiçoamento do documento, eximindo-os de qualquer responsabilidade sobre as eventuais limitações que este trabalho apresente.
2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2020

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL 10

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ALGUNS AVANÇOS 13

4 AS PERSISTENTES DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL 15

5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DAS ÚLTIMAS DÉCADAS 25

6 ALGUMAS QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS PELO PODER JUDICIÁRIO 48

7 NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE 53

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 55

REFERÊNCIAS 59

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR 68

SINOPSE

O direito à saúde no Brasil ganhou espaço no debate público, especialmente nas últimas duas décadas, em função do aumento do acionamento do Poder Judiciário por parte dos cidadãos que requerem do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações, entre outros bens e serviços de saúde. O objetivo deste texto é discutir os limites das decisões do Poder Judiciário relacionadas a demandas individuais, na forma em que essas decisões ocorrem hoje, para a efetividade do direito à saúde no Brasil. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais para se organizar a discussão sobre os assuntos tratados. Informações sobre a distribuição das defensorias públicas no Brasil, a execução orçamentária do Ministério da Saúde com demandas judiciais e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foram utilizadas para fundamentação dos argumentos apresentados. Além disso, um fluxograma foi elaborado para demonstrar a racionalidade presente no conjunto de enunciados aprovados nas três Jornadas de Direito da Saúde promovidas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Apresentam-se os contornos do direito à saúde no Brasil, destacando-se o seu reconhecimento pelo Estado como direito humano fundamental e a amplitude desse direito, que se verifica na anuência com o modelo de determinação social da doença presente na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Alguns avanços promovidos pelo SUS são apresentados, e mostra-se que, a despeito desses progressos, persistem grandes desigualdades e iniquidades em saúde. Um panorama da judicialização da saúde no Brasil é apresentado, buscando-se mostrar a ampliação das demandas individuais, discutir os aspectos positivos e negativos do processo atual, apresentar as iniciativas adotadas para redução dessas demandas e a racionalidade por trás dos enunciados do CNJ, os quais orientam a atuação dos magistrados em matéria de saúde pública. Algumas questões que precisam ser consideradas pelo sistema de Justiça são discutidas, defendendo-se, por fim, que a justiça do caso concreto, a microjustiça, é importante para assegurar que todos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado, segundo as condições estabelecidas nas políticas públicas, não sendo apropriado, contudo, que o Judiciário determine a oferta, pelo Executivo, de tecnologias em saúde não previstas nas políticas. Defende-se também que a ampliação do olhar do sistema de Justiça para o exercício da macrojustiça se faz necessária, a fim de que se exerçam controles sobre a formulação e a implementação de políticas públicas nesta área, assim como sobre políticas macroeconômicas, como forma de se conferir efetividade ao direito à saúde no país.

Palavras-chave: direito à saúde; equidade no acesso aos serviços de saúde; disparidades nos níveis de saúde; decisões judiciais; Poder Judiciário; Poder Executivo.

ABSTRACT

In Brazil, the right to health has achieved relevance in policy debate, especially in the last two decades, due to the increase in the number of lawsuits lawsuits against the executive branch to ensure access to medicines, exams, hospitalizations, among other goods and health services. The objective of this article is to discuss the effectiveness of this instrument, based on individual cases, as these decisions are made, in ensuring the right to health in the country. We conducted a narrative review of the technical-scientific literature and legal documents to determine the relevant issues at hand. Information on the distribution by population of public defenders and Ministry of Health financial resources allocated to comply with judicial orders and to finance the public health care system, known as SUS, is used to support our analysis. In addition, a flowchart was designed to try and grasp the rationality present in the set of guidelines approved during events promoted by the National Council of Justice (CNJ). We describe how the right to health is determined by Brazilian law, highlighting its recognition by the State as a fundamental human right and the extent of this right, which is in accordance with the social determination of the disease model as written in the Federal Constitution of 1988 (CF/1988). We show that, despite the advances promoted by SUS, large inequalities and inequities in health persist. We also present a panorama of the judicialization in health, aiming to demonstrate how individual demands have increased, discussing the positive and negative aspects of the current process and presenting the initiatives adopted to reduce these demands and the rationality behind the guidelines of the CNJ, which are intended to guide the work of magistrates in these matters. Some relevant issues that should be considered by the justice system when addressing these matters are discussed, arguing, finally, that the decisions made for individual cases, also known as microjustice, are important to ensure that all are treated equally by the state, under the conditions set in the policies. However, we argue that the judiciary should refrain from expanding their decisions to encompass health services not covered by the public system. We also argue that the Judiciary shoundn't lose sight of macrojustice in order to keep the formulation and implementation of public policies in this area, as well as macroeconomic policies, under control and ensure effectiveness to the right to health in Brazil.

Keywords: right to health; equity in access to health services; health status disparities; judicial decisions; judiciary; executive.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil ganhou espaço no debate público, especialmente nas últimas duas décadas, em função do aumento do acionamento do Poder Judiciário por parte dos cidadãos que requerem do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações, entre outros bens e serviços de saúde. Foi reconhecido na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como um direito de todos e um dever do Estado, e sua garantia se dará "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" (Brasil, 1988, art. 196).

O aumento da consciência dos cidadãos sobre a possibilidade de exigir do Estado a garantia de prestação de serviços de saúde e a jurisprudência consolidada nos tribunais brasileiros sobre o dever do Estado de assegurar essas prestações, reforçando ainda mais a busca do Poder Judiciário pelos cidadãos para resolver conflitos dessa natureza, demonstram a relevância que o tema ganhou no país. Além disso, tais fatos revelam a certeza de que o direito à saúde no Brasil não é mais visto como direito a programas genéricos implementados pelo Estado, mas sim como direito público subjetivo a prestações materiais. Em outras palavras, os indivíduos podem exigir do Estado o acesso a bens e a serviços de saúde, que são meios para a garantia desse direito.

Por um lado, essa situação revela aspectos positivos, pois a obtenção do mais alto nível possível de saúde física e mental passa pelo acesso dos indivíduos a medicamentos, a produtos e serviços de saúde, ainda que não se limite a apenas isso. Por outro lado, sem a consideração dos aspectos éticos, econômicos e técnicos relacionados às garantias devidas pelo Estado e sobre sua capacidade de atuação, quando do julgamento das inúmeras demandas apresentadas ao Poder Judiciário, pode resultar na segmentação dos indivíduos entre os que conseguem obter prestação de serviços de saúde do Estado, acionando o sistema de Justiça, e os que têm as suas possibilidades de obter tal prestação reduzidas por não terem meios para acioná-lo.

Em relação aos aspectos éticos a serem considerados, importa destacar que a garantia de prestação de serviços de saúde é devida a todas as pessoas que dela necessitem. Não se pode deixar de atender aos indivíduos com diferentes necessidades de saúde e tampouco atender de forma desigual às pessoas que tenham as mesmas necessidades de saúde. Para ilustrar, no campo das ações e dos serviços de recuperação da saúde e reabilitação, milhões de pessoas são acometidas por diversas doenças e agravos e devem ser atendidas em suas diferentes necessidades de saúde. Da mesma forma, se milhares de indivíduos são

acometidos pela mesma doença, todos têm direito a realizar consultas médicas e exames, a serem internados, se for preciso, e a obter o tratamento adequado, sem distinção no acesso a medicamentos e/ou a outros procedimentos terapêuticos, segundo suas necessidades, em observância aos princípios de universalidade e de igualdade do direito à saúde. Para tanto, o Estado precisa ter condições materiais para garantir a prestação desses serviços, necessária a toda a população.

Isso remete aos aspectos econômicos que precisam ser considerados. Faz-se necessário garantir os recursos financeiros e o uso eficiente desses recursos em todo o território nacional, o que é algo muito desafiador para uma Federação com o tamanho e a complexidade da brasileira. No tocante ao financiamento da saúde, o esforço de alocação de recursos precisa ocorrer por parte de cada ente nas três esferas de governo. O montante alocado ao setor, para além do piso definido constitucionalmente, depende basicamente da capacidade de arrecadação de cada ente, da sua gestão fiscal e de vontade política. Em relação ao uso dos recursos, a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e as responsabilidades solidárias em matéria de saúde demandam empenho na coordenação do sistema e alocação equitativa dos recursos, assim como a otimização da aplicação desses recursos por todos os entes federativos. Ademais, é sempre importante lembrar que a capacidade de alocação de recursos do Estado para qualquer área está limitada ao pagamento de tributos pela sociedade e que, por mais eficiente que seja a aplicação dos recursos pelo Estado, esses são considerados escassos diante das diversas necessidades em termos de oferta de serviços públicos demandados por essa mesma sociedade.

Assim, escolhas precisam ser feitas, levando-nos aos aspectos técnicos que devem ser observados. Políticas públicas precisam ser formuladas e implementadas tendo especial atenção aos princípios que norteiam o direito à saúde no país e a capacidade financeira do Estado. Na área da saúde, a profusão de tecnologias em saúde[1] exige do Estado a consideração de grande quantidade de informação técnico-científica e a adoção de procedimentos técnicos com o objetivo de ofertar à população tecnologias eficazes, efetivas, seguras, de alta qualidade e ao custo que possa ser arcado com os recursos arrecadados da sociedade, garantindo-se, a todos os indivíduos, o acesso a esses bens e a serviços de saúde, segundo suas necessidades. Como se pode constar a partir desses pressupostos relativos aos aspectos técnicos, trata-se de questões bastante complexas, as quais demandam profundo conhecimento especializado.

1. Tecnologias em saúde são "medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população" (Brasil, 2005a).

Dessa forma, ao mesmo tempo em que o acesso ao Poder Judiciário constitui salvaguarda fundamental para a defesa dos indivíduos contra omissões do Estado em matéria de direito à saúde, também pode se constituir em fator de agravamento das grandes desigualdades em saúde existentes no país. Visando contribuir com o debate público sobre este tema, o objetivo deste texto é discutir os limites das decisões do Poder Judiciário relacionadas a demandas individuais, na forma em que essas decisões ocorrem hoje, para a efetividade do direito à saúde no Brasil.

Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais para se organizar a discussão sobre os assuntos tratados neste texto. Essas revisões são realizadas por especialistas com a finalidade de descrever o estado da arte de determinado assunto, de forma mais abrangente e sem a adoção de estratégia sistematizada de rastreamento dessa literatura (Rother, 2007; Petticrew e Roberts, 2006). Informações sobre a distribuição das defensorias públicas no Brasil, a execução orçamentária do Ministério da Saúde com demandas judiciais e o financiamento do SUS foram utilizadas para a fundamentação dos argumentos apresentados. Além disso, um fluxograma foi elaborado para demonstrar a racionalidade presente no conjunto de enunciados aprovados nas três Jornadas de Direito da Saúde promovidas até 2019 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Após esta seção introdutória, a segunda seção apresenta os contornos do direito à saúde no Brasil, destacando o seu reconhecimento pelo Estado como direito humano fundamental e a amplitude desse direito, uma vez que está expressa na CF/1988 a anuência com o modelo de determinação social da doença. Nessa seção, também se discutem os princípios e as diretrizes do SUS, sistema criado para garantir o acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na terceira seção, alguns avanços promovidos pelo SUS são apresentados e, na quarta seção, mostra-se uma síntese de evidências científicas sobre as desigualdades e iniquidades em saúde, que persistem no país apesar dos progressos feitos nas últimas três décadas com as políticas de proteção social. Um panorama da judicialização da saúde no Brasil é apresentado na quinta seção, com foco na discussão sobre a ampliação das demandas individuais que revela a primazia da microjustiça; no debate sobre os aspectos positivos e negativos do processo atual; na apresentação das iniciativas adotadas para redução dessas demandas; e na análise da racionalidade por trás dos enunciados do CNJ, os quais orientam a atuação dos magistrados em matéria de saúde pública. Na sexta seção, são apresentadas algumas questões que precisam ser consideradas pelo sistema de Justiça. Na sétima seção, defende-se a necessidade de ampliação do olhar do sistema de Justiça para o exercício da macrojustiça, considerando-se os debates sobre o mínimo existencial e a reserva do

possível; sobre o financiamento atual do SUS e de outras políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde; a respeito das desigualdades sociais no país, incluindo as relativas ao acesso ao Poder Judiciário; e sobre a complexidade das questões envolvendo o desenvolvimento, a comercialização e a gestão de tecnologias em saúde. Por fim, na oitava seção, são apresentadas algumas considerações finais.

2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

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

Como o Brasil referendou essas normas internacionais, tem-se que o Estado brasileiro reconhece o direito à saúde como um direito humano. Além disso, também o assume como um direito fundamental, porque o inscreveu na CF/1988, no título sobre direitos e garantias fundamentais. Está diretamente associado ao direito à vida (art. 5º, capítulo I: dos direitos e deveres individuais e coletivos), e é um direito social (art. 6º, capítulo II: dos direitos sociais), implicando o direito a prestações – direito positivo; e o direito de defesa contra algo ou alguém que provoque prejuízos à saúde – direito negativo (Sarlet e Figueiredo, 2010).

De acordo com Schulze (2019a, p. 29), o Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como: *i*) o princípio da dignidade humana; *ii*) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a "um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários"; *iii*) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e *iv*) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. Trata-se de um direito de satisfação progressiva que não é absoluto, ou seja, não comporta como dever do Estado a garantia de acesso pelos indivíduos a toda e qualquer prestação de saúde existente.

Um segundo aspecto importante do direito à saúde no Brasil diz respeito ao reconhecimento dos determinantes sociais da saúde. No título sobre a ordem social, o art. 196 da CF/1988 estabelece que "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" (Brasil, 1988); e o art. 198 determina que

> as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: *i*) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; *ii*) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e *iii*) participação da comunidade (Brasil, 1988).

Da leitura do texto constitucional, um aspecto do direito à saúde no país a ser destacado é o de que a sua garantia deve se efetivar mediante a implementação de políticas públicas não só de saúde, para garantir o acesso a ações e a serviços nesta área, mas de outras políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de adoecimento dos indivíduos. Aqui, nota-se o pressuposto de que a saúde é determinada por diversos fatores e que apenas a oferta de ações e serviços de saúde não é suficiente para que se alcance o maior nível possível de bem-estar físico, mental e social.

Os fatores por trás desse pressuposto são os determinantes sociais da saúde, que são condições de ordem social, econômica, étnica/racial, psicológica e comportamental que influenciam a probabilidade de ocorrência de doenças e de agravos à saúde na população (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Alguns determinantes sociais da saúde são explicitados no art. 3º da Lei nº 8.080, em que se reconhece que

> os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990a).

Logo, o SUS, criado com a CF/1988 e regulamentado em 1990, constitui um importante meio para que o Estado cumpra o seu dever no que diz respeito ao direito à saúde. Contudo, ele não é, e não deve ser, o único meio para tanto. É preciso criar condições por meio de políticas públicas para que a população tenha acesso a uma boa alimentação; more em habitações adequadas; tenha acesso a saneamento básico; desfrute de um meio ambiente saudável; tenha ocupação e boas condições nos locais de trabalho; tenha renda suficiente para viver; tenha acesso à educação; realize atividade física; disponha de bons meios de transporte; tenha acesso a práticas de lazer e a outros bens e serviços essenciais.

Um terceiro aspecto a ser destacado a partir do texto constitucional sobre o direito à saúde diz respeito aos princípios que norteiam o SUS, ou seja, aos valores básicos que fundamentam o sistema de saúde. Como visto anteriormente, o art. 196 da CF/1988 estabelece que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser universal e igualitário. O princípio da universalidade implica que este direito deve ser garantido a todos os residentes no país, enquanto o princípio da igualdade requer a ausência de qualquer tipo de discriminação e a eliminação de barreiras, a fim de que os indivíduos acessem e usem os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades.

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. 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. Assim, como desdobramento do princípio da igualdade, surge o princípio da equidade, segundo o qual é preciso tratar os diferentes de forma diferenciada, de acordo com suas necessidades, para que ao final se alcance, pelo menos em teoria, a igualdade entre eles. Em termos de política pública, o princípio da equidade resulta na distribuição desigual de bens, serviços ou oportunidades entre pessoas ou grupos sociais desiguais, oferecendo-se mais recursos aos desfavorecidos (Escorel, 2009). 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 (Whitehead, 1992).

O princípio da equidade não foi explicitado na CF/1988 e tampouco nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), mas isso não o torna menos importante, pela razão mencionada anteriormente. 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.

Por fim, o quarto aspecto a ser destacado da CF/1988 no tocante ao direito à saúde se refere às diretrizes do SUS, ou seja, às orientações gerais para a organização do sistema de saúde previstas no art. 198 (Brasil, 1988): descentralização, participação da comunidade e atendimento integral, "com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". A integralidade como diretriz do sistema resulta do reconhecimento de que o ser humano é "um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a

promover, proteger e recuperar sua saúde" (Brasil, 1990b, p. 5). Para que a integralidade seja alcançada, é preciso que haja integração e articulação das práticas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços para prover ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a abrangência das respostas governamentais para enfrentamento dos problemas de saúde e a observância às necessidades de grupos específicos de indivíduos (Mattos, 2009).

Assim, a integralidade no SUS não se traduz em uma promessa de garantia de acesso a todos os bens e serviços de saúde existentes, mas sim de esforço contínuo para que as práticas profissionais e os serviços estejam articulados. Bem como de empenho para a formulação e implementação de políticas públicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, incluídas as políticas terapêuticas, as quais estabelecem os meios empregados para tratamento das doenças, entre eles, o uso de medicamentos e a realização de procedimentos cirúrgicos.

Na seção que segue, com a finalidade de ilustrar os resultados alcançados por meio do sistema público de saúde pós-CF/1988, apresentam-se, em linhas gerais, alguns avanços promovidos pelo SUS.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ALGUNS AVANÇOS

Em 2018, no aniversário de trinta anos da criação do SUS, uma série de artigos foi publicada com o objetivo de explicitar os avanços e os desafios do sistema. Embora se reconheçam barreiras e a persistência de importantes problemas a serem enfrentados pelo Estado na área da saúde, o objetivo desta seção é destacar os progressos alcançados.

É consenso que o SUS foi progressivamente ampliado e promoveu avanços expressivos na oferta de bens e serviços de saúde, contribuindo para a melhora da situação da população nesse quesito. Ainda que a sua implementação tenha enfrentado dificuldades em razão do apoio do Estado ao setor privado,[2] da concentração de serviços nas regiões mais desenvolvidas e de seu financiamento insuficiente, houve ampliação do acesso à atenção básica e de emergência, ampliação da cobertura vacinal da população e da assistência pré-natal. Também foram significativos os investimentos na expansão dos recursos humanos e da produção e oferta de tecnologias (Paim *et al.*, 2011).

2. Tanto pela complementação da oferta de serviços por meio da rede privada quanto com os subsídios aos planos privados de saúde.

Entre as iniciativas de sucesso desse sistema, destacam-se o Programa Nacional de Imunizações, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos,[3] o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, a Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano e a Política Nacional de Atenção às Urgências (Andrade *et al.*, 2018). Também se registraram progressos por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com a implementação de ações para enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, ao uso abusivo de álcool e outras drogas; para a promoção da alimentação saudável, do desenvolvimento sustentável, de atividades físicas, da cultura da paz e de direitos humanos (Malta *et al.*, 2018).

A integração das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde na atenção básica foi ampliada e houve avanços importantes na constituição de redes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerests), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência e dos hemocentros. Também se destaca a evolução da vigilância em saúde e da assistência especializada (Santos, 2018a).

A ampliação da oferta resultou no aumento do acesso a serviços de saúde. Entre 1998 e 2013, o percentual de pessoas que se consultaram com um médico nos últimos doze meses passou de 54,7% para 72,2% (Viacava *et al.*, 2018). No tocante à mortalidade por doenças transmissíveis, houve significativo declínio entre 1980 e 2015, com redução de 12% para 4% da participação dos óbitos por essas doenças em relação aos óbitos totais neste período (Teixeira *et al.*, 2018). Além disso, a taxa padronizada de internação por causas sensíveis à atenção básica teve redução de 45% entre 2001 e 2016, passando de 120 para 66 internações por 10 mil habitantes (Pinto e Giovanella, 2018).

Segundo Paim (2018), esses progressos foram obtidos em razão da existência de vetores positivos que sustentam o SUS: *i*) sua inspiração em valores como igualdade, democracia e emancipação; *ii*) compromisso das entidades que integram o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária com a defesa do direito universal à saúde; *iii*) formação de profissionais de saúde por meio de uma rede de instituições de ensino e pesquisa que confere sustentabilidade institucional ao sistema; *iv*) descentralização de atribuições e de recursos, com ampliação da oferta e do acesso às ações e aos serviços de saúde; *v*) engenharia político-institucional que possibilitou a elaboração de regramentos, dando sustentabilidade institucional e materialidade, em termos de estabelecimentos de saúde,

3. Substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil em 2019.

equipes, equipamentos e tecnologias disponibilizadas; *vi*) avanços em diversos programas e sistemas de informação; e *vii*) reconhecimento formal do direito à saúde no país.

Contudo, apesar desses avanços, persistem as desigualdades em saúde no Brasil, que são reflexos da profunda desigualdade socioeconômica brasileira e das dificuldades impostas à consolidação do SUS ao longo desses anos, tais como a baixa prioridade recebida por parte de vários governos e seu financiamento cronicamente insuficiente. Na seção que segue, apresentam-se resultados de estudos que evidenciam o quanto o país está distante da concretização do ideal de garantia de acesso a serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral. Ademais, apontam-se as consequências dessas desigualdades em saúde e das desigualdades socioeconômicas de uma maneira geral sobre o nível de saúde da população.

4 AS PERSISTENTES DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL

As condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam demasiadamente a sua saúde e podem gerar desigualdades significativas nas condições de saúde e na experiência de bem-estar dos indivíduos. Segundo Marmot (2015), existem basicamente dois tipos de desigualdades em saúde. O primeiro tipo ocorre 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. Esse fato levou o autor a afirmar que o nível de saúde das pessoas e o gradiente social em saúde dizem muito a respeito de uma determinada sociedade. O segundo tipo, por sua vez, diz respeito às desigualdades em saúde entre países, em que quanto mais rico é o país, mais saudável é a sua população. Contudo, o autor pondera que a renda é um fator importante na determinação da saúde de uma população, mas não é o único fator que influencia a saúde. Isso porque, 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.

As desigualdades sociais, que são diferenças entre indivíduos ou grupos, definidas por aspectos sociais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero, condições de habitação e de trabalho, estão na origem das desigualdades em saúde (Barata, 2009). Por sua vez, essas desigualdades, que são diferenças observáveis na saúde entre dois ou mais grupos socialmente determinados e que se originam em diferenças de poder, de capacidade financeira e de posse de recursos, são consideradas iniquidades em saúde. As desigualdades em saúde são medidas, enquanto as iniquidades em saúde não são mensuradas, mas julgadas (Mújica e Moreno, 2019). Segundo Whitehead (1992, p. 431):

> O termo iniquidade tem uma dimensão moral e ética. Ele se refere a diferenças em saúde consideradas desnecessárias e evitáveis, sendo ao mesmo tempo injustas e indesejáveis. Assim, com a finalidade de descrever uma certa situação de saúde como iníqua, sua causa precisa ser julgada como injusta no contexto do que está acontecendo para o restante da sociedade.[4]

De acordo com a autora, a equidade em saúde é alcançada quando se garante igual acesso ao cuidado disponível para iguais necessidades; igual utilização para iguais necessidades; e igual qualidade do cuidado para todos (Whitehead, 1992).

Em termos socioeconômicos, o Brasil figura entre os países mais desiguais do mundo. Essa posição brasileira na classificação mundial é confirmada por uma considerável produção técnico-científica que revela a segmentação da sociedade neste quesito e a grande diferença existente entre grupos de indivíduos. As desigualdades se revelam em distintos aspectos da vida das pessoas, tais como renda, nível de escolaridade, condições de habitação e de trabalho e acesso a saneamento básico, com consequências sobre as possibilidades de que tenham acesso a serviços de saúde e sobre o seu estado de saúde.

Em 2015, a participação do 1% mais rico na renda nacional antes do pagamento de impostos foi de 28,3%, enquanto a dos 50% mais pobres foi de 13,9%.[5] Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

> o rendimento médio mensal de trabalho da população 1% mais rica foi quase 34 vezes maior que da metade mais pobre em 2018. Isso significa que a parcela de maior renda arrecadou R$ 27.744 por mês, em média, enquanto os 50% menos favorecidos ganharam R$ 820 (Peret, 2019).

4. Texto original: "*The term 'inequity' has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable, but in addition are considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society*".
5. World Inequality Database. *Income inequality*, Brazil, 2001-2015. Disponível em: <https://wid.world/country/brazil/>. Acesso em: 18 set. 2019.

No mesmo ano, o país tinha 13,5 milhões de pessoas em condição de extrema pobreza, ou seja, viviam com renda mensal *per capita* inferior a R$ 145, ou US$ 1,9 por dia.[6]

A implementação do SUS promoveu avanços significativos na área da saúde no Brasil, mas ainda é preciso ampliar a oferta e a qualidade dos serviços em todo o território a fim de que a universalização do cuidado se concretize. Entre 2008 e 2013, houve ampliação do acesso a consultas médicas, odontológicas e à hospitalização. A cobertura pela ESF foi reportada por 65% das pessoas mais pobres em 2013, demonstrando a contribuição do SUS para a redução das desigualdades na utilização de serviços de saúde. Entretanto, persistem diferenças importantes nesse aspecto a favor dos indivíduos mais ricos, grupo com maior cobertura por planos privados de saúde. Além disso, houve redução da velocidade de queda das desigualdades no período, que pode ser ainda mais afetada pela crise política e financeira recente (Mullachery, Silver e Macinko, 2016).

Em 2013, 74,4% dos respondentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) disseram ter uma fonte usual de cuidado de saúde,[7] pública ou privada, sendo que, destes, 35,5% informaram usar somente serviços da atenção primária; 17,5%, somente médicos privados; e 12,6%, somente serviços de emergência. Além disso, 61,9% disseram que usam outros tipos de serviço que não de emergência. Este indicador é importante para avaliar o seguimento dos pacientes ao longo do tempo na atenção primária, que é considerada benéfica tanto do ponto de vista da utilização de serviços, pela redução do uso desnecessário de consultas com especialistas, quanto para o estado de saúde dos indivíduos (Dourado, Medina e Aquino, 2016).

Contudo, apesar de se constatar que a maioria dos indivíduos que têm fonte usual de cuidados utiliza serviços que não são de emergência (61,9%), chama-se a atenção para o fato de que 25,6% do total de respondentes não identificaram uma fonte usual de cuidado de saúde. Com base em dados desta mesma pesquisa, verificou-se que 15% da população brasileira com 18 anos ou mais – aproximadamente 22 milhões de pessoas – subutilizava serviços de saúde, pois nunca havia consultado um médico, um dentista, aferido a pressão arterial e/ou realizado exame para mensuração da glicose sanguínea. A probabilidade de subutilizar serviços de saúde foi seis vezes maior para

6. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. *Agência de Notícias/IBGE*, 6 nov. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/35vD2qU>. Acesso em: 8 nov. 2019.
7. No trabalho citado, fonte usual de cuidado se refere a um prestador ou lugar de consulta quando o indivíduo está doente ou precise de cuidados médicos.

os indivíduos da classe social E em relação à classe A; três vezes maior para os que tinham até o ensino fundamental incompleto em relação aos que tinham o ensino superior ou acima; e duas vezes maior para os que não possuíam plano privado de saúde (Boccolini e Souza Junior, 2016).

No Brasil, fatores socioeconômicos estão associados fortemente às diferenças de acesso e de qualidade dos serviços de saúde ofertados à população. Na área de saúde da mulher, a cobertura pelo exame de rastreamento para câncer de colo de útero e para câncer de mama foi de 80% e de 54,5%, respectivamente, para os públicos-alvo recomendados pelo Ministério da Saúde em 2013. Em ambos os casos, a cobertura foi maior para mulheres vivendo nas regiões Sudeste e Sul, brancas, com maior escolaridade e plano de saúde. As diferenças regionais para o rastreamento do câncer uterino foram menores do que para o rastreamento do câncer de mama, o que revela maior desigualdade de oferta de mamografias (Theme Filha *et al*., 2016).

Ainda em 2013, 60% das mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade realizaram ao menos uma mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa em todo o país. Contudo, a cobertura foi de 38,7% para as que viviam na região Norte e de 67,9% para as que residiam no Sudeste. A probabilidade de uma mulher desta faixa etária ter um pedido de realização deste exame foi duas vezes maior para as que tinham ensino superior ou acima, em relação às que possuíam até o ensino fundamental incompleto, e 2,6 vezes maior para as que tinham plano de saúde, o que revela a existência de maiores barreiras de acesso ao exame para aquelas que dependiam exclusivamente do SUS (Azevedo e Silva *et al*., 2017).

A distribuição geográfica dos mamógrafos influencia diretamente a cobertura do exame. As menores taxas de cobertura ocorreram justamente nas regiões Norte e Nordeste, onde a densidade de mamógrafos é mais baixa, para as mulheres com menor renda domiciliar *per capita*. Nas Unidades da Federação (UFs) onde houve tendência de crescimento da cobertura pela ESF e por planos privados de saúde, houve aumento do acesso à mamografia. No caso da ESF, embora o nível de complexidade seja de atenção primária, onde não se contemplam serviços para rastreamento do câncer de mama, é possível que a organização das redes de atenção à saúde com foco na integralidade do atendimento favoreça o referenciamento das mulheres para serviços especializados e, assim, o aumento da cobertura do exame (Ramos *et al*., 2018).

Apesar dos avanços na oferta de serviços de saúde no período de 2000 a 2016, ainda são profundas as desigualdades de disponibilidade desses serviços entre as regiões

de saúde, onde se espera que sejam prestados, em cada uma delas, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.[8] Em 2016, 40% das regiões de saúde onde viviam 45,9 milhões de pessoas foram classificadas como de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços disponibilizados à população, medidas, neste último caso, em termos de leitos por mil habitantes, médicos por mil habitantes, percentual de beneficiários de planos de saúde e percentual de internações de alta complexidade no SUS, no total de internações (Albuquerque *et al.*, 2017).

O SUS ainda padece de grandes desigualdades na oferta de serviços de saúde, especialmente de alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Um estudo verificou ausência de oferta de assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade em 8,9% e 20,1% das regiões de saúde, respectivamente. Essas regiões constituem recortes territoriais compostos por vários municípios e servem ao planejamento da oferta de serviços de saúde. Esses números revelam a existência de vazios assistenciais[9] e a necessidade de a população buscar o acesso a serviços de alta complexidade fora da sua região de saúde, percorrendo muitas vezes longas distâncias para obtenção de atendimento (Lima *et al.*, 2019).

Na área de saúde mental, dados da PNS revelaram um quadro alarmante no tocante ao tratamento da depressão em 2013. O estudo identificou uma prevalência de 7,9% de depressão na população brasileira, com base na aplicação de um questionário que avalia a presença de sintomas autorreferidos pelos indivíduos relacionados a esta doença. Na média nacional, 78,8% não estavam recebendo nenhum tratamento. Entre as regiões, o percentual de indivíduos sem tratamento foi bastante elevado mesmo para as regiões mais desenvolvidas e com maior oferta de serviços de saúde: Sudeste (75,9%) e Sul (67,5%). Entre as menos desenvolvidas, a prevalência de não tratamento ficou acima da média nacional: Centro-Oeste (85,9%), Nordeste (86,3%) e Norte (90,2%). Em todo o país, dos indivíduos atendidos e que conseguiram obter medicamentos, 41,8% pagaram diretamente "do bolso", 47,4% obtiveram do setor público e 10,8%, do plano de saúde (Lopes *et al.*, 2016).

A falta de acesso a bens e a serviços de saúde, seja por meio de um seguro de saúde ou por meio do setor público, resulta na exposição das pessoas ao risco de empobrecimento,

8. Ver Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).
9. O vazio assistencial refere-se à ausência de oferta de serviços de saúde em determinado espaço geográfico onde, em princípio, com base no desenho organizacional e na programação do SUS, esses serviços deveriam ser oferecidos à população.

incorrendo nos chamados gastos catastróficos. Não há consenso na literatura sobre o método mais apropriado para medi-los, o que leva alguns pesquisadores a estimá-los utilizando diferentes metodologias. No Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009, quando descontados os gastos com alimentos, 8,9% dos domicílios tiveram gasto com saúde igual ou maior que 20% do total de gasto com o consumo de bens e serviços; e 25% dos domicílios tiveram gasto com saúde igual ou maior que 10% do gasto total com o consumo de bens e serviços. No quintil de menor renda, os gastos com saúde em valor igual ou maior que 20% dos gastos com o consumo total ocorreram em 12% dos domicílios e, no quintil de maior renda, o percentual de domicílios afetados foi de 5,5% (Boing *et al.*, 2014). Os gastos com saúde das famílias vêm aumentando em todas as pesquisas realizadas desde 1974. Na pesquisa que foi a campo entre 1974 e 1975, a participação da despesa com assistência à saúde na despesa de consumo monetária e não monetária[10] média mensal familiar era de 4,2%. Por sua vez, na POF 2017/2018, esta participação foi de 8% (IBGE, 2019).

Mesmo quando o acesso é praticamente universalizado, com participação fundamental do SUS, a garantia da integralidade do cuidado pode ficar comprometida para parcela importante da população. Em 2013, por exemplo, 97% das pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas semanas que antecederam à data da pesquisa conseguiram obtê-lo (equivalente a aproximadamente 30 milhões de pessoas). Dessas, 64,8% receberam prescrição de medicamentos (19,4 milhões de pessoas), das quais 7,6% não conseguiram nenhum dos medicamentos prescritos (1,5 milhão de pessoas), 92,4% conseguiram pelo menos um medicamento (17,9 milhões de pessoas), 33,2% obtiveram pelo menos um medicamento no setor público (6 milhões de pessoas), 21,9% obtiveram pelo menos um medicamento por meio do Programa Farmácia Popular (3,9 milhões de pessoas) e 44,9% pagaram por medicamentos diretamente "do bolso" (8,1 milhões de pessoas). A frequência de pessoas que não obtiveram nenhum dos medicamentos prescritos variou conforme as regiões: Nordeste (10%), Norte (8,5%), Sudeste (7,1%), Sul (5,2%) e Centro-Oeste (7,7%) (Stopa et al., 2017).

Ademais, a desigualdade de qualidade do cuidado também pode existir, afetando proporcionalmente mais os grupos em maior desvantagem socioeconômica. O Brasil fez grandes progressos quanto à cobertura de intervenções essenciais em saúde reprodutiva e materna, com redução das desigualdades entre os grupos mais ricos e os mais pobres entre 1986 e 2013. Verificou-se ampliação do uso de contraceptivos modernos, do

10. As despesas não monetárias são provenientes de produção própria, retiradas do negócio, troca, doação e outras formas de obtenção que não envolveram pagamentos monetários (IBGE, 2019).

pré-natal com uma consulta ou mais, do pré-natal com quatro consultas ou mais, da primeira consulta do pré-natal durante o primeiro trimestre de gravidez e da realização de partos em estabelecimentos de saúde (França *et al.*, 2016). Entretanto, este aumento de cobertura ocorreu com problemas de qualidade no SUS.

Estudo realizado em 2012 com mulheres que estiveram grávidas nos últimos dois anos e que fizeram o pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) sob avaliação mostrou que a menor prevalência de pré-natal com qualidade adequada[11] ocorreu para as mulheres mais jovens (entre 16 e 20 anos de idade, 10%), de menor renda familiar *per capita* (até R$ 104; 13,6%), das regiões Norte (8%) e Centro-Oeste (7,6%), de municípios de menor porte (entre 10 mil até 30 mil habitantes; 13,3%) e com menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (de 0,467 a 0,342; 13,7%). A prevalência média de pré-natal adequado foi de 23,6% no total de 6.125 mulheres entrevistadas em todo o país (Tomasi *et al.*, 2017). Em outro trabalho, em que se considera uma amostra representativa da população brasileira, verificou-se que a realização de um pré-natal adequado[12] foi mais frequente para mulheres brancas e que possuíam plano privado de saúde (probabilidade 15% maior do que no SUS). Entre as regiões, a prevalência de pré-natal adequado foi de 57,1% na Norte, 64,8% na Nordeste, 78,5% na Sudeste, 76% na Sul e 70,5% na Centro-Oeste (Mario *et al.*, 2019). Guardadas as devidas diferenças entre os dois estudos no que se considerou como pré-natal adequado, ambos revelam desigualdades importantes na qualidade da atenção à saúde recebida, associadas a fatores socioeconômicos.

Diferenças nas condições em que as pessoas vivem e trabalham acabam determinando a extensão e a qualidade da vida dos indivíduos. A magnitude das desigualdades representa um gradiente em que o estado de saúde melhora em uma escala crescente dos menos privilegiados aos mais privilegiados (Landmann-Szwarcwald e Macinko, 2016). Tal estado se diferencia de acordo com a classe social a que pertencem os indivíduos e com o local de sua residência, sendo as desigualdades proeminentes entre as regiões mais e menos desenvolvidas. Mesmo nessas últimas, os indivíduos que estão no topo social estão em

11. A qualidade do pré-natal foi considerada adequada quando realizadas seis ou mais consultas durante a gestação e todos os cinco exames complementares (urina, glicemia, anti-HIV, detecção de sífilis e ultrassonografia), tomada a vacina antitetânica (se necessário), recebida a prescrição de sulfato ferroso, realizados todos os procedimentos do exame físico (aferição da pressão arterial, de altura uterina, exame das mamas, da cavidade oral e ginecológico) e após ter recebido quatro orientações (amamentação exclusiva, alimentação e ganho de peso, cuidados com o bebê e importância do pré-câncer, detecção precoce do câncer de colo de útero).

12. No estudo citado, o pré-natal foi considerado adequado quando atendidas as condições a seguir: *i*) primeira consulta até a vigésima semana de gestação, com pelo menos seis consultas de pré-natal; *ii*) aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas; e *iii*) realização de exame de sangue, de urina e de ultrassom durante a gravidez.

melhor situação de saúde do que os demais, categorizados como os empregados qualificados e supervisores, os detentores de pequenos ativos, os trabalhadores e os destituídos. Em todo o país, apenas 10% da população geral, que constituía o topo social em 2013, usufruía de uma vida mais saudável (Santos, 2018b).

Entre as macrorregiões brasileiras, em 2013, a expectativa de vida ao nascer era de 76,9 anos na região Sul e de 71,5 anos na região Norte, ou seja, 5,4 anos a menos para os brasileiros que nasceram nesta última região, evidenciando-se que quanto maior é o desenvolvimento do território em que os indivíduos habitam, maior é a longevidade. Em termos de qualidade de vida, a probabilidade de um indivíduo avaliar o seu estado de saúde como ruim era duas vezes maior para os que viviam na região Norte e Nordeste em relação àqueles que moravam na região Sudeste (Szwarcwald *et al.*, 2016).

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que são responsáveis por elevada mortalidade, ampliação dos custos de atendimento e redução da qualidade de vida dos indivíduos, identificou-se prevalência de ao menos uma dessas doenças em 45,1% da população brasileira em 2013. A prevalência de várias DCNTs foi maior para populações com menores níveis de escolaridade e sem plano de saúde (Malta *et al.*, 2016). Também se constatou maior utilização de serviços de saúde pelos indivíduos acometidos por DCNTs. Duas vezes mais em relação aos que não têm nenhuma dessas doenças, nas últimas duas semanas anteriores à data da pesquisa, e 70% mais episódios de internação nos últimos doze meses (Malta *et al.*, 2017).

Em outro estudo, analisou-se a tendência da prevalência de algumas DCNTs entre 1998 e 2013 no Brasil. Neste trabalho, identificou-se aumento da prevalência de hipertensão (19,9% para 22,5%) e de diabetes (3,7% para 6,8%) e redução dos problemas cardíacos (7% para 4,2%). Em 2013, as diferenças na probabilidade de ter a doença entre o grupo com nenhuma educação formal e o grupo com ensino superior ou mais, em desfavor do primeiro, foi de 48% maior para diabetes, 18% para hipertensão e 22% para problemas cardíacos. As desigualdades se reduziram para esses grupos de indivíduos, no período considerado, no tocante à hipertensão e aos problemas cardíacos, mas se ampliaram no caso da diabetes (Beltrán-Sánchez e Andrade, 2016).

As DCNTs também têm importância sanitária e econômica, porque estão na origem de limitações para a realização de atividades diárias habituais, as quais também afetam desigualmente a população. Com base em dados de 2013, constatou-se que indivíduos das classes sociais D e E têm probabilidade 89% maior de sofrer limitações intensas para a realização dessas atividades do que indivíduos das classes A e B.

A probabilidade de ocorrência dessas limitações também era maior (84%) para os indivíduos com ensino fundamental incompleto em relação aos que possuíam ensino superior (Boccolini *et al.*, 2017). Entre os idosos brasileiros com limitações para a realização de atividades diárias básicas (comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar no quarto e deitar/sair da cama) e atividades instrumentais (fazer compras, gerenciar dinheiro, tomar medicamentos e usar transporte), os que se encontravam em pior situação socioeconômica, com menor nível de educação formal e menos bens domésticos, receberam menor apoio formal (serviço pago) para o desenvolvimento dessas atividades (Lima-Costa *et al.*, 2016).

No tocante à saúde bucal, a autoavaliação negativa foi mais frequente, em 2013, entre indivíduos com renda domiciliar *per capita* de até 1 salário mínimo – SM (4,7 vezes maior em relação aos que ganhavam 6 ou mais salários mínimos), com nenhuma escolaridade completa (3,3 vezes maior em relação aos que tinham ensino superior), da classe social de destituídos de ativos (três vezes maior do que os que ocupavam posições privilegiadas) e residentes na região Nordeste (50% maior do que os que viviam na região Sul) (Souza *et al.*, 2019). Nesta área, a perda de dentes é um marcador de desigualdades em saúde. Nesta mesma pesquisa, verificou-se que 11% dos indivíduos haviam perdido todos os dentes – cerca de 16 milhões de brasileiros –, sendo a prevalência maior para os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (22,8%), em relação aos que possuíam ensino superior (2,1%). Aproximadamente 1,4% dos homens e 1,7% das mulheres reportaram grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar (Nico *et al.*, 2016).

As desigualdades sociais também impactam os comportamentos relacionados à saúde. Em 2013, os analfabetos e indivíduos com ensino fundamental incompleto tiveram prevalência 2,6 vezes maior de tabagismo, 63% maior de inatividade durante o tempo livre, 85% maior de estilo de vida sedentário e 3,7 vezes maior de apresentar sete ou mais comportamentos de saúde não saudáveis em relação aos que tinham ensino superior completo. Nesse estudo, foram identificadas ainda desigualdades no consumo alimentar, com ingestão insuficiente de verduras, legumes e frutas entre os que não tinham educação formal, não brancos e sem plano de saúde (Barros *et al.*, 2016).

No tocante aos agravos em saúde, o percentual de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas nas regiões Norte e Nordeste representou mais do que 60% de todos os acidentes de trânsito no país em 2013. O risco de acidente foi maior para os indivíduos com idade entre 18 e 39 anos, motociclistas e ocupantes de carros/van, e entre os consumidores pesados de álcool para todos os meios de transporte (Morais Neto *et al.*, 2016).

Como se pode observar, assimetrias de acesso a recursos, poderes e contextos valiosos são determinantes relevantes das desigualdades em saúde. A probabilidade de os indivíduos não brancos, grupo constituído por pretos e pardos, apresentarem saúde não boa é 56,7% maior que a dos indivíduos brancos. Após exclusão dos efeitos de classe social, região de residência, renda familiar, recursos do domicílio e educação, esta probabilidade diminui para 9%, ou seja, 84% de redução nas diferenças são atribuídas a fatores socioeconômicos e 16% à raça. Em outras palavras, os fatores socioeconômicos explicam 84% das diferenças na autoavaliação da saúde como não boa. Entretanto, a dimensão racial também tem papel importante na determinação da situação de saúde. A raça, como variável antecedente aos fatores socioeconômicos, explica 16% das desigualdades em saúde (Santos, 2011).

Mais recentemente, as desigualdades em saúde têm sido alvo de grande preocupação entre trabalhadores da saúde e pesquisadores. Justifica tal inquietação a possibilidade de que elas sejam ampliadas como consequência da crise fiscal pela qual passa o Brasil e das escolhas de políticas feitas pelos governantes para enfrentamento dessa crise, em um contexto de elevada instabilidade política. Nessa situação, destaca-se a importância do seu monitoramento na produção acadêmica brasileira (Victora, 2016).

Nesse quesito, trabalho recente defende que variáveis como segurança alimentar, idade e suporte social são melhores preditores do estado de saúde e bem-estar do que renda e desemprego. Segundo os autores, determinantes intermediários da saúde (segurança alimentar; índice básico da comunidade, que avalia a vida diária na comunidade, incluindo habitação, infraestrutura e meio ambiente; tamanho do domicílio; sentimentos de raiva e estresse; idade; e qualidade da atenção à saúde), além da coesão social, afetam diretamente o estado de saúde e o bem-estar e mitigam os efeitos negativos dos determinantes estruturais (contextos políticos e socioeconômicos). Com isso, recomendam que o foco das políticas durante uma crise política e econômica deve ser na melhoria do acesso à alimentação, do sistema de saúde, da educação, do ambiente (qualidade do ar, água e infraestrutura) e no fomento ao suporte social (Souza, L. *et al.*, 2019).

Em resumo, o que todas essas evidências revelam é que as desigualdades em saúde no Brasil são elevadas e persistentes. Elas são iniquidades em saúde e precisam ser eliminadas porque são desnecessárias, evitáveis, injustas e indesejáveis, tendo em vista suas causas, que são diferenças quanto a recursos, poderes e contextos valiosos que os indivíduos detêm de forma assimétrica. São julgadas como tal segundo os valores que fundamentam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo a qual: "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão

e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade" (UNESCO, 1998, p. 2). Assim como também são julgadas de acordo com os valores que fundamentam a nossa República, quais sejam, de igualdade de direitos, sem distinção de qualquer natureza, e de dignidade humana, tendo por objetivos:

> *i*) construir uma sociedade livre, justa e solidária; *ii*) garantir o desenvolvimento nacional; *iii*) erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e *iv*) promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988, art. 3º).

Na seção seguinte, discute-se a situação de judicialização da saúde que vem ocorrendo no Brasil desde os anos 1990, sob a perspectiva de sua capacidade de contribuir para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Nas últimas décadas, tem-se assistido à ampliação das demandas judiciais em assuntos de saúde, situação esta que se convencionou chamar de judicialização da saúde. Não se encontrou uma boa definição para o termo na literatura que trata deste assunto. Por isso, neste texto, a judicialização da saúde é definida como uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde. Abrange, portanto, solicitações de prestações de saúde a serem disponibilizadas por meio do SUS, litígios contratuais no tocante à cobertura ou a cobranças no âmbito da saúde suplementar e questões diversas relacionadas ao biodireito, como os litígios envolvendo erros médicos.[13,14] Neste texto, discute-se a judicialização da saúde no âmbito do SUS, que é comumente designada por membros do sistema de Justiça como judicialização da saúde pública.

13. Biodireito é um ramo do direito público. Envolve o direito à integridade física (direito à vida, direito ao corpo vivo e direito ao corpo morto), o direito à integridade intelectual e o direito à integridade moral. Disponível em: <https://bit.ly/2RWLWKn>. Acesso em: 18 set. 2019.

14. Essas categorias de demandas podem ser encontradas em Schulze (2019, p. 73-76), que classifica os enunciados do CNJ segundo esses assuntos. Esses enunciados têm por objetivo orientar a atuação dos magistrados no enfrentamento da judicialização da saúde.

Nos anos 1990, as ações judiciais movidas por pacientes portadores da infecção pelo vírus HIV e por organizações não governamentais (ONGs) que trabalhavam com este tema constituíram marco importante no processo de requisição, junto ao Poder Judiciário, de prestações a serem disponibilizadas pelo Poder Executivo, em nome da garantia do direito à saúde no Brasil. A partir de 1996, diversas ações judiciais foram propostas, resultando na determinação de que o SUS oferecesse os medicamentos e a assistência requeridos. Ainda no mesmo ano, a Lei nº 9.313 foi aprovada, obrigando o Estado a fornecer gratuitamente os medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids (Brasil, 2005b).

Inicia-se uma fase no Poder Judiciário de interpretação do direito à saúde como um direito individual imediatamente exigível, deixando-se de lado a interpretação, até aquele momento hegemônica, de que se tratava de uma norma programática, com o objetivo de apenas orientar o Estado, mas sem criar para este a obrigação de garantir o acesso a bens e a serviços de saúde de forma concreta a toda a população. O julgamento do Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 271.286 no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2000 sacramenta a mudança de entendimento. Com ele, uma paciente que requeria do município de Porto Alegre o fornecimento de medicamentos para enfretamento ao HIV/aids obteve desta corte decisão favorável (Cruz, 2012).

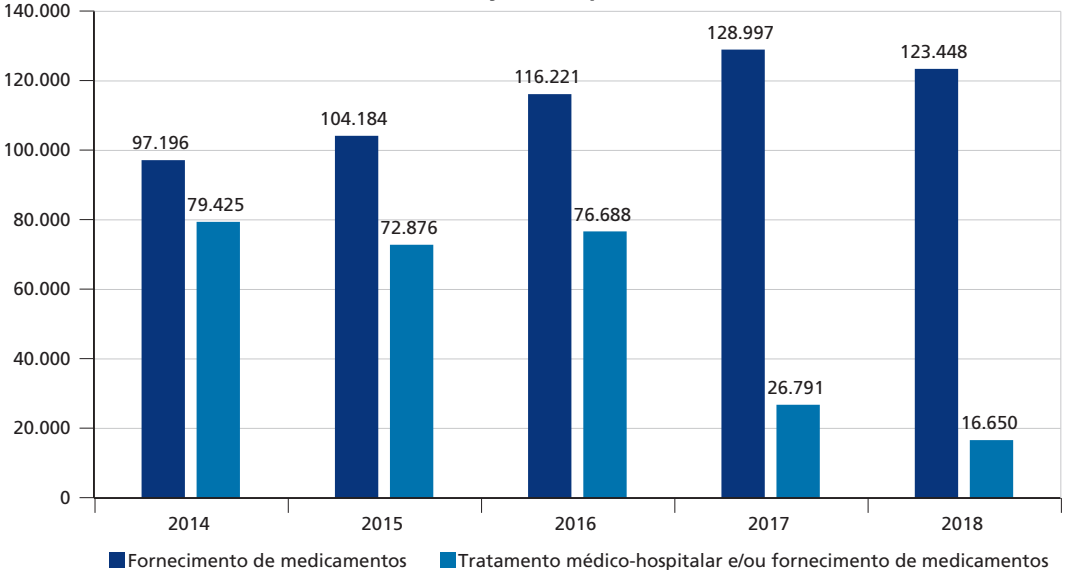
Desde então, tem-se observado crescimento das demandas judiciais em todo o país. O número de processos que tem por réus gestores do SUS é incerto. Há muita dificuldade na realização de levantamento a esse respeito, seja no âmbito da saúde, seja do Poder Judiciário. Em recente pesquisa realizada para o CNJ, verificou-se, com base em dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, que a soma dos processos classificados como de saúde na primeira instância de dezessete tribunais de justiça do país chegou a 487.426 no período de 2008 a 2017. O total de processos desses tribunais passou de 41.453 em 2008 para 95.752 em 2017, o que corresponde a um crescimento de 131%. Na segunda instância, entre 2009 e 2017, o aumento das demandas de saúde foi de 85%, de 22.011 para 40.658 processos. Esses números contemplam não apenas as solicitações que demandam prestações de saúde por parte do Estado, mas todos os tipos de solicitações relativas à área da saúde. Observou-se também heterogeneidade entre os tribunais quanto à prevalência das demandas, identificando-se, entre os principais assuntos usados para indexar os processos, a referência aos planos privados de saúde (Insper, 2019).

Considerando-se todas as demandas da saúde (de natureza cível, não criminal), o número de processos acumulados, ajuizados até 31 de dezembro de 2018 e em trâmite no 1º grau, no 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça (STJ), nas Turmas Recursais e nas Turmas Regionais de Uniformização, somados, foi de mais de 2,2 milhões. As demandas por medicamentos no SUS totalizaram 544.378 processos

(24,4% do total de processos), número este que está subestimado, considerando-se que a Justiça também utiliza outra classificação que contempla processos relativos a esses produtos. Trata-se da categoria "tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos", que somou 259.334 (11,6% do total).[15]

O gráfico 1 apresenta o número de casos novos de demandas judiciais relativas a esses assuntos, que são os mais prevalentes em matéria de saúde pública, entre 2014 e 2018. Somando-se as duas categorias, observa-se uma redução dos casos novos no período, de 176.621 para 140.098 (-21%). Houve aumento até 2016 e diminuição dos casos novos nos últimos dois anos da série, com expressiva queda do número de processos classificados como "tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos". Apesar de os números revelarem uma diminuição dos casos novos somados, ainda é cedo para se concluir sobre uma tendência de redução desses casos nos curto e médio prazos. Como se pode observar no gráfico 1, as demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos permanecem em patamar bastante elevado. Ainda que tenha ocorrido uma queda de 4% entre 2017 e 2018, o número de casos novos foi de 123.448 neste último ano. Será preciso esperar mais alguns anos para avaliar se de fato está ocorrendo uma desaceleração da judicialização no SUS.

GRÁFICO 1
Número de casos novos de demandas judiciais por assunto (2014-2018)



Fonte: CNJ. Justiça em números.
Elaboração da autora.

15. Ver dados divulgados pelo juiz federal Clenio Jair Schulze, disponíveis em: <https://bit.ly/2RYKZRQ>. Acesso em: 18 set. 2019.

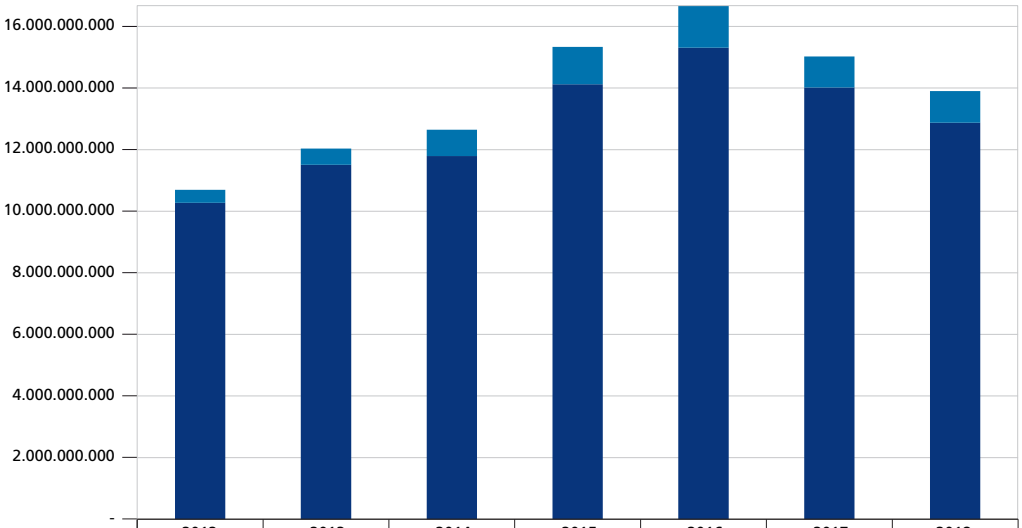
Com o aumento das ações judiciais individuais, especialmente no âmbito da saúde pública, vários estudos foram realizados com o objetivo de descrever a situação em secretarias de saúde (Messeder, Osório-de-Castro e Luiza, 2005; Vieira e Zucchi, 2007; Chieffi e Barata, 2009; Pepe *et al.*, 2010; Biehl *et al.*, 2012; Boing *et al.*, 2013). Não há trabalhos publicados que analisem a judicialização em todo o país. Contudo, com a publicação desses trabalhos, fica cada vez mais claro que as causas da judicialização são diversas e que variam no território nacional. Em algumas localidades, as demandas podem ser majoritariamente relacionadas a bens e a serviços de saúde já previstos nas políticas públicas, enquanto, em outras localidades, a maioria das solicitações se refere a produtos e serviços não contemplados nessas políticas. Também não há estudos que avaliem se há diferenças quanto à frequência de demandas consideradas procedentes pela Justiça nesses dois grupos. O que já se sabe é que as decisões tendem a ser favoráveis aos demandantes.

Em recursos julgados em segunda instância, observou-se maior acesso dos indivíduos ao Poder Judiciário e maior número de decisões favoráveis a eles (Travassos *et al.*, 2013). Também se verificou que ações individuais apresentadas pela Defensoria Pública tiveram maior taxa de êxito do que as ações civis públicas propostas pelo Ministério Público em decisões liminares de primeira instância – 85% e 64%, respectivamente, no município de São Paulo (Wang e Ferraz, 2013).

Considerando-se o conjunto das ações judiciais, observa-se que a principal demanda relativa ao SUS é por medicamentos. Do total de acórdãos publicados por tribunais de justiça no período de 2008 a 2017 e classificados como de judicialização da saúde (164.587 acórdãos), 69% tinham os medicamentos por objeto. A distribuição dos acórdãos por assunto, no total de acórdãos dos tribunais de justiça, do TRF1, do TRF4 e do TRF5, para a judicialização da saúde como um todo, foi a seguinte: medicamentos (71,4%), órteses, próteses e materiais especiais – OPME (61,1%), exames (53,4%), leitos (45,6%) e procedimentos (45,2%) (Insper, 2019). Esta classificação das demandas por assunto apresenta limitações, uma vez que, em alguns casos, elas podem ser categorizadas em diferentes classes pelos tribunais. Entretanto, é útil para que se tenha um quadro mais geral, ainda que imperfeito, do que está sendo requerido por meio do sistema de Justiça.

A dificuldade para se mapear todas as decisões judiciais no âmbito do SUS no país impede que se tenha um retrato fiel dos gastos do Poder Executivo nas três esferas de governo com o cumprimento dessas sentenças. No gráfico 2, apresenta-se o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos e para o cumprimento de decisões judiciais de medicamentos, em valores liquidados, para o período de 2012 a 2018, segundo o tipo de alocação dos recursos (por programação do Ministério da Saúde ou por determinação judicial).

GRÁFICO 2
Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos, segundo o tipo de alocação dos recursos, programação própria ou por determinação judicial (2012-2018)
(Em R$ de 2018)



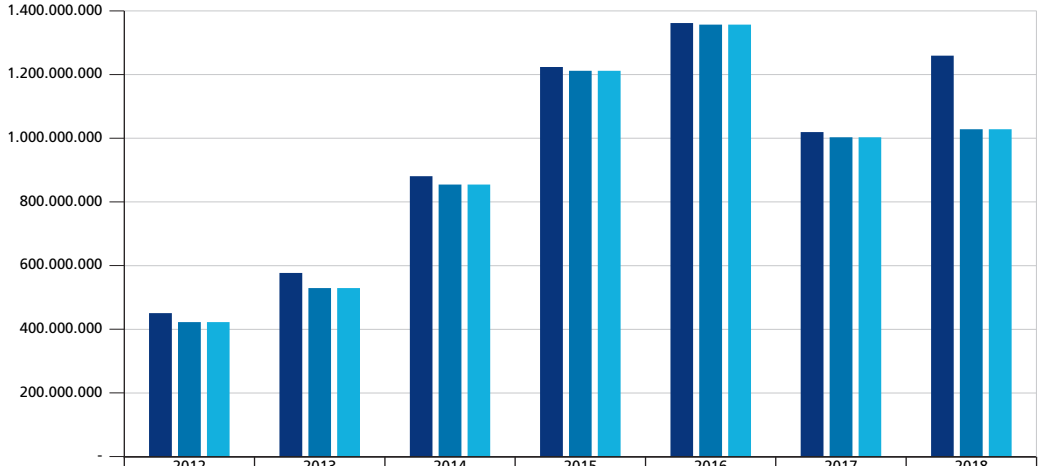
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Decisão judicial	422.579.515	529.862.620	854.676.045	1.211.754.085	1.356.924.477	1.003.236.028	1.028.284.293
Programação do Ministério da Saúde	10.272.671.905	11.507.677.458	11.791.114.670	14.124.722.549	15.311.495.354	14.019.909.265	12.871.635.178

Fonte: Siga Brasil. Valores liquidados e deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.
Elaboração da autora.
Obs.: Na despesa total do Ministério da Saúde, estão contabilizados os gastos com os Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, assim como com o Programa Farmácia Popular do Brasil. Detalhes sobre a metodologia para apuração desses valores foram descritos por Vieira (2018). As despesas por decisões judiciais estão incluídas na despesa total e, no geral, oneram a ação orçamentária que financia a aquisição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. São registrados na unidade gestora responsável 250925-SJ-MED/MS.

A partir dos dados apresentados no gráfico 2, é possível constatar que as despesas por decisões judiciais ampliaram a sua participação no total de despesas do governo federal com medicamentos de 4,0% em 2012 para 7,4% em 2018, passando de R$ 422,6 milhões para R$ 1,0 bilhão, o que equivale a um aumento de 143% nas despesas do Ministério da Saúde no período. O ano em que houve maior participação das demandas judiciais foi 2016 (8,1%). Em relação a 2016, a participação dessas demandas no gasto federal com medicamentos caiu nos últimos dois anos. Foi de 6,7% em 2017 e de 7,4% em 2018. Entre 2016 e 2018, o gasto com demandas judiciais foi reduzido em 24% e o gasto total com medicamentos do órgão foi reduzido em 17%, passando de R$ 16,7 bilhões para R$ 13,9 bilhões em valores constantes. Como se pode constatar a partir desses números, houve diminuição do gasto federal com medicamentos entre 2016 e 2018, o que provavelmente decorre da crise econômica recente e das medidas de austeridade fiscal implementadas, entre elas, o teto de gastos. Mas há outros fatores, como a queda do gasto com demandas judiciais, além de outras questões que precisam ser investigadas com mais detalhes, com base em dados sobre a aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde.

No gráfico 3, verifica-se pouca variação quanto ao estágio de execução das despesas para cumprimento dessas sentenças entre 2012 e 2017, mas grande variação entre a despesa empenhada e as despesas liquidadas e pagas em 2018. Tal variabilidade pode ser resultado do contingenciamento do pagamento de despesas, que por sua vez é fruto da já mencionada situação recente de crise econômica e de adoção da agenda da austeridade fiscal.[16]

GRÁFICO 3
Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos devido a decisões judiciais por estágio da despesa (2012-2018)
(Em R$ de 2018)



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Empenhadas	451.190.461	577.058.248	880.907.229	1.223.911.293	1.361.733.190	1.019.287.985	1.259.505.220
Liquidadas	422.579.515	529.862.620	854.676.045	1.211.754.085	1.356.924.477	1.003.236.028	1.028.284.293
Pagas	422.579.515	529.862.620	854.676.045	1.211.754.085	1.356.924.477	1.003.236.028	1.028.284.293

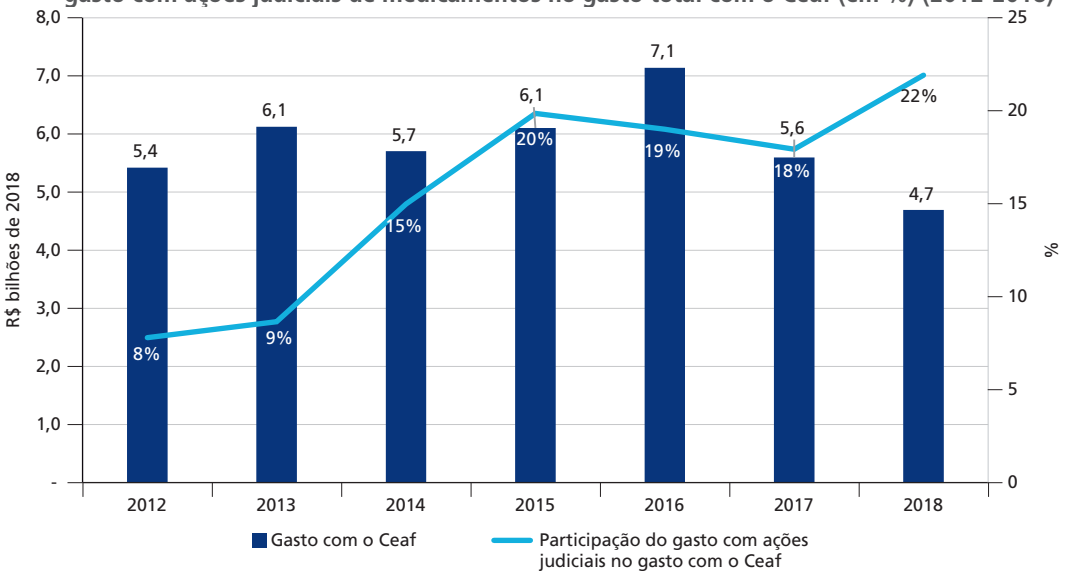
Fonte: Siga Brasil. Valores liquidados, registrados na unidade gestora responsável 250925-SJ-MED/MS, e deflacionados pelo IPCA médio.
Elaboração da autora.

Destaca-se a diminuição do gasto com demandas judiciais de medicamentos entre 2016 e 2018, que está em consonância com a redução do número de casos novos observada no gráfico 1. Se este resultado se manterá como tendência nos próximos anos, ainda é cedo para se concluir que sim ou não.

16. Neste texto, não se buscou explorar as justificativas para esta situação no último ano. Isso ficará para investigações futuras. O que se deseja registrar é que há diferenças quanto ao estágio de execução da despesa, especialmente em 2018, algo importante a se considerar quando se fala da magnitude do gasto. Geralmente os órgãos de governo informam nos debates públicos a despesa empenhada, que traduz o quanto o governo reservou do orçamento do ano para determinado item de despesa. Mas a despesa liquidada importa mais, pois ela informa o valor reconhecido pelo governo como gasto público com determinado item de despesa, uma vez que os bens e/ou os serviços foram adquiridos e prestados por um terceiro. Ou seja, no caso em questão, corresponde ao valor relativo aos medicamentos disponibilizados aos demandantes no cumprimento das decisões judiciais em cada exercício. A despesa paga, por sua vez, informa o valor que foi pago aos credores (fornecedores e prestadores de serviço). Em 2018, a despesa liquidada correspondeu a 81,6% da despesa empenhada.

Outro aspecto importante relativo ao gasto com demandas judiciais decorre da análise do impacto dessa despesa no orçamento federal para medicamentos quanto ao grupo de produtos que está sendo mais afetado. Verificou-se que as demandas judiciais de medicamentos estão onerando a ação orçamentária que financia o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf (gráfico 4).

GRÁFICO 4
Gasto do Ministério da Saúde com o Ceaf (em bilhões de R$ de 2018) e participação do gasto com ações judiciais de medicamentos no gasto total com o Ceaf (em %) (2012-2018)



Fonte: Siga Brasil. Despesa liquidada.
Elaboração da autora.
Obs.: Despesas com as ações judiciais registradas na unidade gestora responsável 250925-SJ-MED/MS.

Assim, as demandas judiciais concorrem pelos recursos que financiam o acesso aos medicamentos a toda a população no âmbito do Ceaf. Mesmo com a queda no gasto com demandas judiciais de medicamentos entre 2016 e 2018, a participação dessa despesa no gasto total do componente subiu de 19% para 22% no mesmo período, pois a queda no orçamento para esses medicamentos foi de 34%. Isso demonstra que, em termos de recursos disponibilizados, o montante alocado para atendimento às necessidades de toda a população se reduziu em maior magnitude frente à concorrência do gasto para atendimento às demandas judiciais.

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), entre 2010 e 2015, a despesa do Ministério da Saúde com a compra de medicamentos devido a ações judiciais foi superior a R$ 2,7 bilhões, sendo que 54% deste valor foi destinado a apenas três medicamentos e

que a maior parte do gasto se deu para aquisição de produtos não incorporados ao SUS (TCU, 2017). Em 2016, os dez medicamentos mais caros custaram ao Ministério da Saúde R$ 1,1 bilhão, o que representou 90% dos gastos totais dos 790 itens comprados. Entre os mais caros demandados estavam: Soliris® (eculizumabe), Vimizim® (elosulfase), Translarna® (atalureno), Juxtapid® (lomitapida), Replagal® (alfagalsidase), Cinryze® (inibidor de C1 esterase), Myalept® (metreleptina). Nenhum desses medicamentos estava incorporado ao sistema público de saúde naquele ano.[17] O tipo de medicamento demandado por decisão judicial e a magnitude do seu custo para o Ministério da Saúde explicam a decisão do órgão federal de pagar essas despesas com recursos que financiam a oferta de medicamentos do Ceaf.

Ainda sobre o governo federal, no período de 2003 a 2013, a judicialização da saúde foi responsável por 81,9% das compras de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); participação esta que chegou a 96,6% neste último ano (Teodoro *et al.*, 2017). No caso do estado de São Paulo, 3,5% dos medicamentos demandados por meio de ações judiciais no período de 2010 a 2014 não estavam registrados no país. Além disso, 70,9% deles não estavam incluídos nos componentes do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS (Chieffi, Barradas e Goldbaum, 2017).

Em linhas gerais, as constatações sobre a judicialização da saúde no setor público contra os entes federados nas três esferas de governo, a partir dos achados de diferentes estudos, revelam a ampliação das ações movidas contra o poder público e o elevado número de demandas individuais, com grande êxito de decisões favoráveis aos autores dessas ações. Observa-se a predominância do que o ministro do STF Gilmar Mendes chamou de microjustiça, a justiça do caso concreto. Como afirma Pinto (2017, p. 6):

> há dificuldade na transição da "microjustiça" das demandas individuais, como já assinalara o ministro Gilmar Mendes no âmbito do paradigmático julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 no STF, para a "macrojustiça" do controle sobre o arranjo orgânico-federativo do SUS e seu custeio constitucionalmente adequado.

Segundo Bittencourt (2016), há duas visões principais entre os estudiosos da judicialização da saúde sobre os seus efeitos. A primeira é a de que este fenômeno constitui obstáculo para efetivação do direito coletivo à saúde e que, por isso, deveria ser

17. Ministério da Saúde. Ver: <https://bit.ly/34soeZ5>. Acesso em: 29 out. 2019.

evitado; e a segunda, a de que a judicialização é uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia e que, portanto, deveria ser estimulada.

A categorização da visão dos pesquisadores dessa forma simplifica muito o debate que tem sido feito sobre o assunto, pois não parece que a maior parcela da produção técnico-científica da área se dedique a negar a intervenção do Judiciário nas questões de saúde. Essas duas visões não necessariamente se contrapõem, uma vez que a judicialização denota a ampliação da consciência do direito e, com isso, colabora para o fortalecimento da democracia, algo extremamente desejável em um Estado Democrático de Direito, em que freios e contrapesos são essenciais. A questão é como esse processo vem acontecendo e quais são as suas consequências, pois, a depender de como ele ocorre, pode contribuir para um desequilíbrio maior no acesso a bens e a serviços de saúde para a maior parte dos indivíduos no país. Os que recorrem ao Judiciário exercitam seus direitos e os que não possuem meios para fazê-lo são ainda mais prejudicados, porque compartilharão menores parcelas dos recursos disponibilizados pelo Estado. Desse modo, no geral, os perdedores são sempre os mesmos: os pretos e pardos, aqueles com menor escolaridade, mais pobres, com menor renda, menor acesso a serviços essenciais e menores possibilidades de vocalização de suas demandas.

Ferraz (2011a) analisou dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde referentes a 5.323 processos de demandas judiciais do período de 2003 a 2009 e encontrou elevada concentração de casos (85%) nos estados mais desenvolvidos das regiões Sul e Sudeste, onde viviam 56,8% da população do país. Por sua vez, nos estados das regiões Norte e Nordeste, com 36% da população brasileira, o número de processos era de 7,5% do total. Os dez estados com maior IDH foram responsáveis por 93,3% dos casos de demandas judiciais, enquanto os outros dezessete estados, de mais baixo IDH, responderam por 6,7% do total de processos.

Para o autor, o impacto social positivo da judicialização da saúde ocorreria se o seu foco prioritário fosse o atendimento das questões de saúde dos mais vulneráveis socioeconomicamente. Contudo, o que se verificou foi a ausência ou a escassez de casos nas regiões, estados e municípios mais pobres, com baixo desenvolvimento humano, revelando que os indivíduos em situação de maior desvantagem socioeconômica não chegaram aos tribunais. Considerando ainda outros resultados desta análise, o autor afirma que há um gradiente social nas demandas judiciais no SUS e conclui que o impacto social do modelo vigente da judicialização da saúde é negativo. Em nova publicação sobre o assunto, Ferraz (2017) avalia a evolução da judicialização da saúde no Brasil na última década e afirma, com base em novas evidências produzidas a partir de estudos realizados

por diversos autores, que a judicialização permanece não servindo prioritariamente aos indivíduos mais desprotegidos socioeconomicamente.

Nessa mesma linha, Lopes *et al.* (2019) realizaram um estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais e constataram que a maioria dos beneficiários das decisões judiciais concedidas entre 1999 e 2009 não residiam nos municípios mais vulneráveis. Com base nesses achados, os autores concluem que o fenômeno da judicialização da saúde não promoveu a equidade no tocante ao direito à saúde naquele estado.

Gebran Neto (2019) aponta aspectos positivos e negativos da judicialização da saúde. Segundo o autor, o fomento às políticas públicas e à sua revisão, a fixação de prazos para tratamento de câncer e a saúde como pauta política são resultados positivos desse processo. Por sua vez, a desorganização do SUS, a influência negativa sobre as finanças públicas, as indevidas escolhas judiciais de políticas públicas e a fragilização da isonomia são consequências negativas da judicialização. Ainda de acordo com ele, o modelo atual de judicialização está se esgotando e pode levar o SUS ao colapso. O autor defende que a judicialização deveria se voltar às promessas constitucionais e às políticas públicas existentes, sendo preciso que os magistrados observassem as normas infraconstitucionais do SUS, pois os juízes estão sujeitos às "molduras normativas e fáticas, que emolduram a sua compreensão e limitam a interpretação" (Gebran Neto, 2019, p. 129).

Borges (2018) indica como resultados positivos da judicialização da saúde o desenvolvimento dos processos envolvendo a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e a governança do SUS. Segundo a autora, são exemplos desses efeitos positivos: *i*) a realização da primeira audiência pública pelo STF em 2009 e a posterior ampliação do diálogo entre os poderes Executivo e Judiciário; *ii*) a criação do Fórum Permanente da Saúde, do CNJ, e a publicação de recomendações para os magistrados quanto à avaliação das demandas de saúde; *iii*) o aperfeiçoamento dos processos de ATS no SUS, com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); e *iv*) a ampliação da participação de diversos atores nas discussões e no processamento das demandas judiciais.

Em contrapartida, Wang (2015) identifica limitações e prejuízos do modelo atual de judicialização da saúde no Brasil que evidenciam a desconsideração dos critérios de priorização das tecnologias em saúde disponibilizadas à população por meio do SUS. Ilustram tais prejuízos as decisões que resultam em percentual elevado de compra de medicamentos não incorporados ao SUS; o consumo de medicamentos não autorizados pela Anvisa (*off-label*) ou não previstos nos protocolos do sistema de saúde; e o uso de

medicamentos não registrados no país ou de tratamentos sem evidências robustas sobre sua segurança e efetividade.[18] Ademais, segundo ele, permanece a aceitação da prescrição médica como documento suficiente para embasar a decisão judicial, em detrimento de todo o aparato construído pelo Estado para lidar com as questões envolvendo as tecnologias em saúde, além da interpretação de que o paciente tem direito a receber qualquer tratamento demandado. Para o autor, tentar efetivar o direito à saúde pela via individual pode tornar o sistema de saúde menos justo e eficiente, sendo preciso que o Poder Judiciário mude a forma como lida com essas demandas e desenvolva, para tanto, a sua capacidade institucional para julgar essas questões, mas de forma diferente. Deveria deixar de alocar recursos e passar a controlar os processos envolvendo a gestão de tecnologias conduzidos pelas autoridades de saúde, a exemplo do que é feito na Inglaterra, no Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia.

Em uma síntese da literatura sobre o assunto, Oliveira (2019, p. 194) destaca os seguintes aspectos negativos da judicialização da saúde pública:

> *i*) a elitização do acesso à saúde pela via judicial; *ii*) o *lobby* exercido pela indústria farmacêutica, utilizando a judicialização para o lucro; *iii*) a não observância, pelo Judiciário, do planejamento orçamentário elaborado pelos poderes Legislativos e Executivos; *iv*) as limitações técnicas dos juízes para decidir sobre políticas públicas específicas, altamente dependentes de conhecimento técnico, como é o caso da política de assistência farmacêutica; *v*) o caráter individual das demandas acolhidas pelas cortes, em detrimento de um olhar para a saúde pública, voltada à maioria; e *vi*) a não observância, pelo Judiciário, do princípio federativo do SUS.

E entre os aspectos positivos: "*i*) a efetiva garantia de direitos pelo Judiciário; *ii*) a colocação de alguns temas de políticas públicas na agenda da administração pública; *iii*) o fortalecimento de processos e estruturas administrativas".

Ponderando sobre os distintos papéis dos poderes da República, Gandini, Barione e Souza (2010) afirmam que o administrador público tem a tarefa de atender a todos e, para isso, precisa priorizar, entre as necessidades de saúde da população, aquelas mais urgentes ou importantes, atuando pela generalidade e pela pluralidade. Por sua vez, o legislador, quando da positivação do direito à saúde na CF/1988, deixou clara a intenção de lhe conferir máxima efetividade, estabelecendo aplicações mínimas pelos entes da

18. Efetividade diz respeito à capacidade de a tecnologia produzir os resultados esperados em condições reais de uso pelos indivíduos; enquanto a eficácia se refere à capacidade de produção dos resultados esperados em condições controladas.

Federação em ações e serviços de saúde. O Poder Judiciário atua quando as necessidades da comunidade não são atendidas. Ainda segundo esses autores, a principal crítica do gestor público à atuação da Justiça é a de que a alocação de recursos pelos magistrados acaba provocando desigualdades no atendimento da população. Contudo, para eles, o ponto crucial sobre esta situação é que, ao serem instados a se manifestar, os juízes precisam ponderar interesses e direitos e, na análise do caso concreto, os prejuízos da não concessão da medida seriam maiores do que os causados por sua concessão.

Há três questões que surgem ao se analisar este argumento. Primeira: o que se entende por necessidade de saúde? Segunda: com quais subsídios os magistrados contam para, de maneira imparcial, julgar que uma necessidade de saúde está sendo negligenciada por parte do Poder Executivo? Terceira: a soma das inúmeras concessões individuais, a depender das medidas que o gestor público está sendo obrigado a cumprir, seria capaz de provocar prejuízos à coletividade?

Logo, nesse debate, um conceito importante é o de necessidade de saúde. Por se tratar de um conceito complexo, Cecílio e Matsumoto (1999 *apud* Cecílio, [s. d.]) afirmam que o seu entendimento fica mais fácil quando se trabalha com uma taxonomia para conjuntos de necessidades, que dizem respeito a: *i*) ter "boas condições de saúde", o que envolve viver e trabalhar em condições que favoreçam a saúde; *ii*) ter acesso e poder consumir tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida; *iii*) criar vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional de saúde; e *iv*) ter graus crescentes de autonomia para tocar a própria vida. Analisando-se essas categorias, é mais provável que a noção de necessidades de saúde utilizada por Gandini, Barione e Souza (2010) se traduza na necessidade de ter acesso a tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida. Noção esta que parece ser a mais prevalente no Judiciário.

Quanto à segunda questão, por mais que o sistema de Justiça se prepare para lidar com questões envolvendo demandas de saúde, esta não é sua competência principal e, por isso, não está preparado para tratar de todos os aspectos relativos à formulação de políticas públicas nesta área. Em outras palavras, o Poder Judiciário não é a instância do Estado responsável pela formulação de políticas que envolvam o atendimento às necessidades de saúde, segundo as diferentes noções de necessidades, especialmente quando se fala de garantir acesso a tecnologias dentro de um arcabouço constitucional-legal que opera sob a égide dos princípios de universalidade, igualdade e equidade. Como então pode ter certeza de que a negativa de acesso a uma tecnologia específica implica omissão do Estado nesta área? E como decidir de forma imparcial?

A respeito do papel do Poder Judiciário na proteção dos direitos sociais, Ferraz (2011b) informa que o debate sobre como os tribunais deveriam julgar esses direitos permanece aberto e que há basicamente três modelos em discussão: *i*) o de controle dos procedimentos adotados pelos outros poderes, não havendo interferência do Judiciário no conteúdo das decisões tomadas em políticas públicas; *ii*) o de controle de conteúdo no âmbito dos direitos econômicos e sociais, com modificação das decisões sobre políticas públicas, a exemplo do que ocorre atualmente no Brasil; e *iii*) o misto, em que os tribunais não modificam as decisões no âmbito das políticas públicas em seu conteúdo essencial, mas avançam para além do simples controle dos procedimentos. Para o autor, considerando esses três modelos, a avaliação da legitimidade da atuação do Judiciário deve ser feita por meio da investigação dos efeitos das suas decisões para a proteção dos interesses previstos na norma constitucional. Além disso, no caso brasileiro, as evidências de estudos empíricos sobre a judicialização da saúde demonstram prejuízos à equidade no acesso a bens e a serviços de saúde, o que releva a inadequação do modelo atual de atuação do Poder Judiciário no país. Ele sustenta, por fim, que os direitos sociais seriam melhor assegurados se o Poder Judiciário se abstivesse de protegê-los de forma assertiva, decidindo individualmente sobre o seu conteúdo, como por exemplo determinando a oferta de tecnologias em saúde específicas, e passasse a desempenhar um papel mais ativo de controle na formulação das políticas públicas para garantir o respeito às normas constitucionais e legais.

No tocante à terceira questão, se as inúmeras decisões individuais seriam capazes de provocar prejuízos à coletividade, há indícios de que isso é possível e ocorra em alguns municípios (Wang *et al.*, 2014; Albert, 2016), dado o volume de decisões que desconsideram as políticas públicas e as competências das esferas de governo na oferta de bens e serviços etc. Mas não há estudos de âmbito nacional sobre o assunto. Quanto à capacidade financeira do Estado e o direito à saúde, o ministro Celso de Mello, do STF, contrapôs o que chamou de "interesse financeiro e secundário do Estado" à proteção da "inviolabilidade do direito à vida e à saúde", argumentando que o primeiro não pode se sobrepor ao segundo (Zavascki, 2019, p. 17). Essa afirmação revela que membros do Judiciário brasileiro dão pouca importância para o fato de que há limites para os recursos do Estado e para as consequências das decisões sobre a alocação de recursos escassos. É claro que se pode e se deseja que os recursos destinados ao SUS sejam ampliados, que é uma luta constante dos defensores do direito à saúde no país desde a promulgação da CF/1988. Contudo, sempre haverá limites para o gasto em saúde, e essa situação é realidade não só para o Brasil, mas também para países ricos.

Segundo Gotti (2017), um aspecto importante sobre a judicialização da saúde que deve ser considerado é a incapacidade de o Poder Judiciário lidar com conflitos distributivos, que envolvem regras de apropriação individual de bens comuns. Na prática, como o Judiciário age sob provocação e suas decisões, em geral, se aplicam apenas ao caso concreto, o resultado acaba sendo um tratamento desigual para aquele que não acionou o sistema de Justiça.

A interpretação do direito à saúde como um direito individual a bens e serviços de saúde de forma ilimitada se sustenta sem a consideração dos princípios constitucionais de universalidade e equidade. Uma vez que os recursos são escassos, a inobservância desses princípios pode resultar em mais um fator de agravamento das iniquidades em saúde no Brasil (Vieira, 2008; Ferraz e Vieira, 2009). Essa interpretação constitui fator de risco para o sistema de saúde porque resulta na determinação ao poder público de fornecimento de qualquer tecnologia em saúde que não esteja prevista nas políticas deste âmbito, produzindo desigualdades no atendimento.

Outro ponto importante nesta discussão é que é provável que os magistrados, de forma geral, tomem decisões muito baseados em suas convicções pessoais. Observou-se em um estudo sobre as decisões de tribunais federais, referentes a demandas de saúde, que os juízes de tribunais superiores tiveram dificuldade em fundamentar a decisão com base em preceitos técnico-jurídicos, uma vez que: *i*) as expressões utilizadas revelaram uma avaliação subjetiva; *ii*) adotaram critérios que denotam sentimentos humanitários de solidariedade, justiça e empatia; *iii*) utilizaram princípios gerais do direito de forma vaga e imprecisa; e *iv*) empregaram fontes doutrinárias do campo da filosofia, estranhas ao direito (Zebulum, 2018a). A mesma situação foi observada para os tribunais de justiça (Zebulum, 2018b).

A judicialização da fosfoetanolamina constitui exemplo claro para os achados das pesquisas citadas, pois, neste caso, as emoções e o argumento do "direito à esperança" subjugaram todo o ordenamento jurídico do país. Esta substância foi sintetizada em um laboratório de química da Universidade de São Paulo (USP) e passou a ser distribuída por um professor da instituição a pessoas com diagnóstico de câncer, sob o argumento de sua pretensa eficácia para tratamento da doença.[19] Não foram realizados estudos de uso da substância em animais e em seres humanos, no Brasil ou no exterior, que

19. A prova de eficácia de uma substância é obtida por meio da realização de ensaios clínicos, controlados e aleatorizados. Quando há provas de que a substância produz os resultados esperados em condições controladas, diz-se que a substância é eficaz.

atestassem a eficácia e a segurança do seu uso antes dessa distribuição. Por essa razão, não havia possibilidade de que fosse registrada como medicamento pela Anvisa ou por qualquer outra agência de regulação sanitária no mundo. Contudo, a informação sobre os pretensos efeitos da fosfoetanolamina se espalhou no Brasil e o Poder Judiciário passou a ser acionado para determinar à USP o fornecimento da substância aos demandantes, ao arrepio da legislação sanitária nacional. Em fevereiro de 2016, a instituição acumulava 13 mil ações judiciais pleiteando o fornecimento da substância, levando a um colapso do corpo jurídico e das atividades do laboratório de química. A falta de bom senso também chegou ao Poder Legislativo, que aprovou no mesmo ano a Lei nº 13.269, que autorizava o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. A restauração da normalidade jurídica somente foi possível quando o STF suspendeu todas as liminares em âmbito nacional e declarou a referida lei inconstitucional (Santos *et al.*, 2017).

Quanto às principais questões envolvendo os processos e as decisões judiciais, em uma revisão sistemática sobre a judicialização do acesso a medicamentos, os autores constataram que: *i*) a prescrição médica foi considerada prova suficiente para fundamentar a decisão; *ii*) a prescrição é predominantemente feita pelo nome comercial dos medicamentos, ao invés do nome do princípio-ativo (fármaco); *iii*) seria possível evitar as ações se as alternativas oferecidas no SUS tivessem sido consideradas; e *iv*) as ações envolvendo medicamentos sem registro na Anvisa são exceções (Catanheide, Lisboa e Souza, 2016).

Em resumo, verifica-se a inobservância da legislação nacional que regula as questões sanitárias envolvendo o acesso às tecnologias em saúde no país. Também permanecem ignoradas as políticas públicas que estabelecem o que será ofertado (quais medicamentos, exames etc.),[20] por que (quais as razões técnicas para a decisão tomada pela administração pública), como (em quais condições/de que forma o atendimento será feito) e de quem é a competência da provisão imediata do bem ou serviço (qual ente da Federação é o responsável, considerando os arranjos organizativos do SUS).

Dessa forma, parece claro que a possibilidade de os indivíduos reclamarem a obrigação do Estado de garantir os bens e serviços de saúde previstos nas políticas, os quais devem ser assegurados a todos que deles necessitem, é fundamental. O problema

20. As políticas públicas se concretizam na forma de listas de medicamentos, tais como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), e de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

consiste, e é bastante complexo, quando o Judiciário decide favoravelmente aos autores quando a demanda envolve produtos e serviços não disponíveis no SUS. Logo, retomando a divisão de Bittencourt (2016) sobre quais seriam as visões dos pesquisadores a respeito da judicialização da saúde, parece claro que uma categoria de entendimento não exclui a outra, pois a judicialização constitui forma de ampliação da cidadania, ao mesmo tempo em que, a depender das demandas e das decisões, pode se constituir em obstáculo à efetivação do direito à saúde de parte da população.

Não por outro motivo, há grande preocupação entre gestores públicos, acadêmicos e alguns membros do Poder Judiciário sobre o assunto e vem-se implementando iniciativas com o objetivo de reduzir o número de ações judiciais. A formulação da Lei nº 12.401/2011, que estabelece os contornos da integralidade no SUS e cria a Conitec, foi influenciada pela judicialização da saúde (Vieira, 2019; Souza, Souza e Lisboa, 2018). Por meio dela, definiu-se que a assistência terapêutica integral envolve a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde. Na falta do protocolo, no entanto, deve estar em conformidade com as listas de medicamentos do SUS, sendo a principal delas a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS (Brasil, 2011b).

Os diálogos institucionais envolvendo os três poderes da República vêm sendo estimulados, pois seriam capazes de fortalecer as instituições, comprometer os atores, gerariam efeitos mais duradouros, prestigiariam a maioria (maior número de pessoas beneficiadas com as decisões) e evitariam o autoritarismo judicial (Schulze, 2019a). Nesse contexto, o CNJ assumiu papel central na busca de soluções para a excessiva judicialização da saúde.[21] Motivado pelo aumento das ações judiciais de saúde, em março de 2010, o CNJ recomendou aos tribunais a adoção de medidas para que os magistrados pudessem ser orientados no tocante às demandas relacionadas à assistência à saúde por meio da Recomendação nº 31.[22] Entre as recomendações constam: a celebração de parcerias para a disponibilização de apoio técnico por meio de informações repassadas por médicos e farmacêuticos aos juízes; a orientação para que os magistrados procurassem

21. O CNJ é um órgão do Poder Judiciário, criado em 2004 pela Emenda Constitucional nº 45, com a competência principal de realizar o controle da atuação administrativa e financeira do Judiciário e do cumprimento dos deveres dos magistrados (Werner, 2017).
22. As recomendações do CNJ não têm poder normativo. Constituem apenas orientações.

instruir as ações com relatórios médicos, descrição da doença e denominação genérica dos princípios-ativos dos medicamentos e produtos para a saúde; para que evitassem autorizar o fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa; que ouvissem os gestores, tanto quanto possível; que determinassem o cadastramento do demandante nos programas públicos; e a incorporação do direito sanitário nos programas dos cursos de formação dos magistrados (Brasil, 2010a).

Com a Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010, foi instituído o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (Fórum da Saúde do CNJ) e foram criados comitês executivos nos estados, com o objetivo de coordenar e executar ações de natureza específica nesta temática. Entre as iniciativas do Fórum da Saúde estão a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (Nat-Jus), que têm por finalidade auxiliar os juízes com informações técnicas sobre as demandas de saúde, a produção de cartilhas, a realização de mutirões de conciliação, a especialização de varas da saúde e a realização das Jornadas de Direito da Saúde, nas quais são produzidos enunciados, que contemplam resumo de práticas de sucesso e sugestões para os diversos atores do sistema de Justiça (Brasil, 2010b; Schulze, 2019b).

As jornadas são eventos que reúnem magistrados, membros do Ministério Público e de procuradorias, advogados, defensores públicos, gestores e profissionais da saúde, pesquisadores e cidadãos com conhecimento e atuação nas áreas de saúde pública, saúde suplementar e biodireito. Têm como objetivo promover o diálogo entre esses atores e definir estratégias para lidar com os litígios na área da saúde (Werner, 2017). Três jornadas foram realizadas (em 2014, 2015 e 2019) e resultaram na publicação de um documento que consolida os 103 enunciados aprovados até o momento, sendo que, destes, 11 enunciados aprovados anteriormente foram revogados durante a III Jornada, de forma que restam, vigentes, 92 enunciados que versam sobre saúde pública, saúde suplementar e biodireito (CNJ, 2019).

Em 2011, o CNJ reiterou as recomendações aos tribunais, especialmente no sentido de celebrar parcerias para que os magistrados recebam apoio técnico para subsidiar seu juízo sobre os casos analisados. Reforçou ainda as recomendações quanto à realização de seminários para estudo e debate sobre os temas da saúde, com a participação de profissionais do SUS, magistrados, membros do Ministério Público e operadoras de planos privados (Brasil, 2011c).

A respeito dessas iniciativas do CNJ e de outras criadas no território nacional, Aith (2017) destaca que as novas institucionalidades, ou seja, a constituição de instituições jurídicas inovadoras, são importantes para a solução de conflitos em saúde e constituem avanços importantes dos últimos anos em questão de direito à saúde. Essas instituições são instrumentos de direito voltados a oferecer segurança jurídica à sociedade, caracterizadas por sua durabilidade e sistemática. Representam um conjunto vivo de regras que regulam fatos da vida social. A Política Nacional de Medicamentos é um exemplo de instituição jurídica, assim como as soluções administrativas às ações judiciais propostas a partir de iniciativas que visam ao estabelecimento de parcerias entre atores do direito e da saúde, a exemplo da criação do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte e da constituição dos Núcleos de Assessoria Técnica idealizados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Ainda na linha do diálogo, a mediação sanitária é apontada como um caminho importante para reduzir as ações judiciais, pois seu objetivo é discutir os diversos problemas coletivos de saúde nos âmbitos micro e macrorregional, pela aproximação de saberes e vivências dos atores envolvidos em processos de efetivação do direito à saúde. É colocada em prática com a realização de encontros entre magistrados, promotores de justiça, defensores públicos, prefeitos, secretários de saúde, prestadores de serviços de saúde, conselhos do SUS e representantes de outras instituições da área do direito e da saúde que tenham relação com esta temática (Assis, 2014).

Com maior foco no Poder Executivo, Bucci (2017) aponta algumas estratégias para redução da judicialização da saúde: *i*) reversão pelo Judiciário do automatismo da concessão de liminares, considerando os elementos de cada caso; *ii*) revisão pelo Executivo da apresentação das políticas de assistência terapêutica a fim de que elas sejam mais inteligíveis; *iii*) aprimoramento da juricidade das políticas, com explicitação das responsabilidades, pelo Executivo e Legislativo; *iv*) regulamentação de protocolos de atendimento aos usuários no sistema de saúde pelo Executivo e Legislativo; e *v*) disseminação das listas do SUS e de seu caráter vinculante aos juízes pelo Executivo e Judiciário.

Outra estratégia implementada pelo Poder Executivo consiste na análise administrativa das demandas por medicamentos antes que elas sejam judicializadas. Considerando a experiência do município de Goiânia, os autores de um estudo sobre

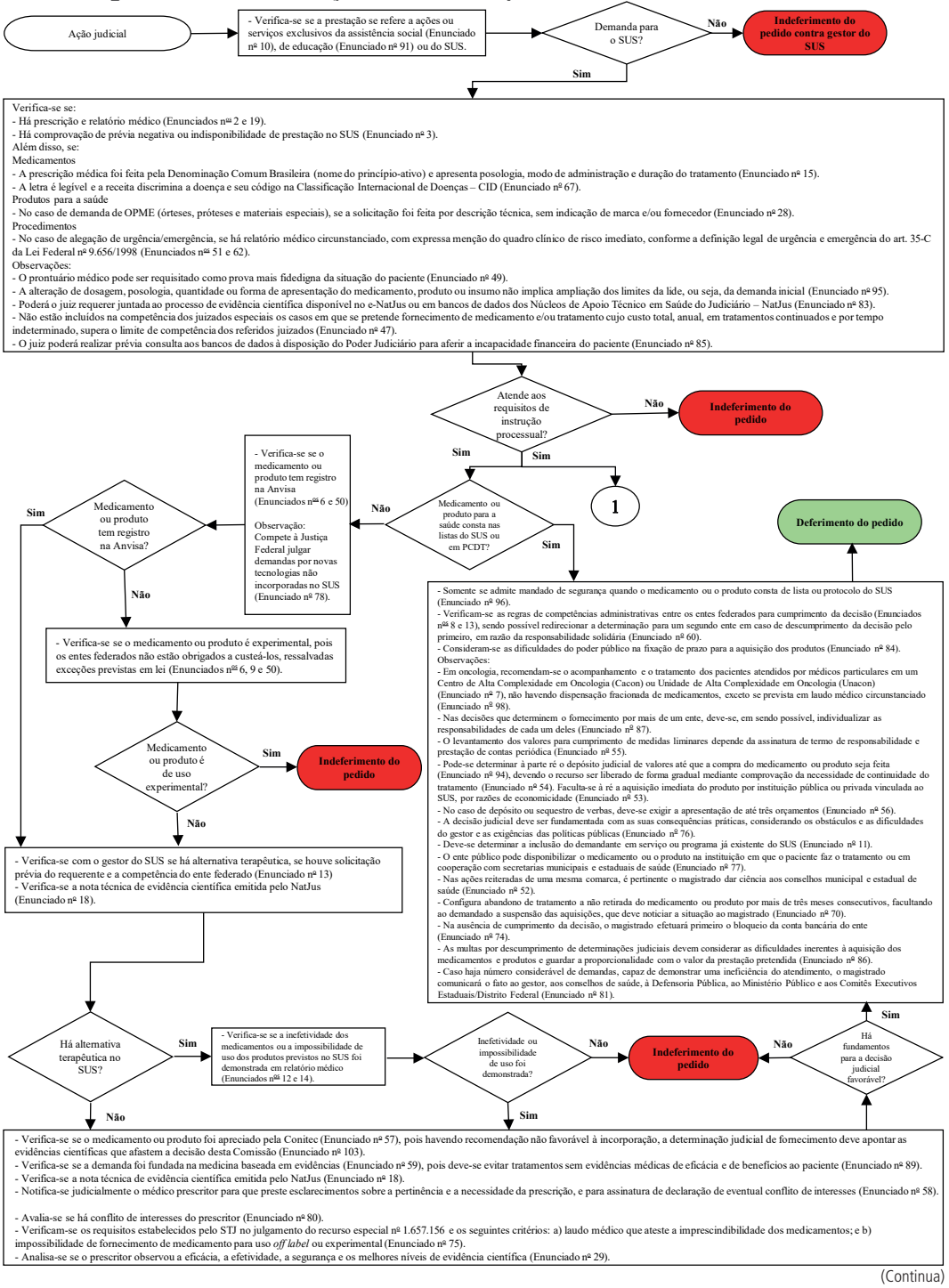
os pedidos administrativos individuais para compra de medicamentos, do período de 2010 a 2015, concluíram que este mecanismo foi importante para garantir o direito de acesso a esses produtos, pois 42,6% dos casos envolviam solicitações de itens previstos nas listas do SUS e 37,8% deles estavam relacionados a medicamentos não previstos nessas listas, sem alternativas terapêuticas que pudessem substituí-los. Mas ainda com base em dados desse estudo, observou-se que em 19,5% dos casos houve compra de medicamentos que poderiam ser substituídos por outros constantes na lista do SUS (Chagas, Provin e Amaral, 2019). Logo, a solução pela via administrativa pode ter impactos positivos, mas também negativos, tanto para a política de assistência farmacêutica quanto para a garantia do direito à saúde de toda a população.

Como se pode constatar, nos últimos anos, muitos foram os esforços para melhorar o diálogo entre os Poderes da República e para implementar estratégias visando à diminuição da judicialização da saúde no Brasil. A seguir, busca-se compreender de forma sistematizada as práticas recomendadas pelo CNJ aos atores do sistema de Justiça a partir dos enunciados das Jornadas de Direito da Saúde.

Na figura 1, apresenta-se o esforço de sistematização dos enunciados de saúde pública vigentes, buscando-se organizá-los em um fluxograma que tem por pressupostos básicos as principais regras que dirigem o SUS no tocante à oferta de bens e serviços de saúde, estabelecidas por leis (Lei nº 6.360/1976[23] e Lei nº 8.080/1990[24]). O objetivo é explicitar a racionalidade por trás dessas recomendações, algo difícil de se captar com a simples leitura dos enunciados, que são apresentados de forma aleatória, sem demonstração dos fluxos operacionais e das inter-relações entre eles (CNJ, 2019).

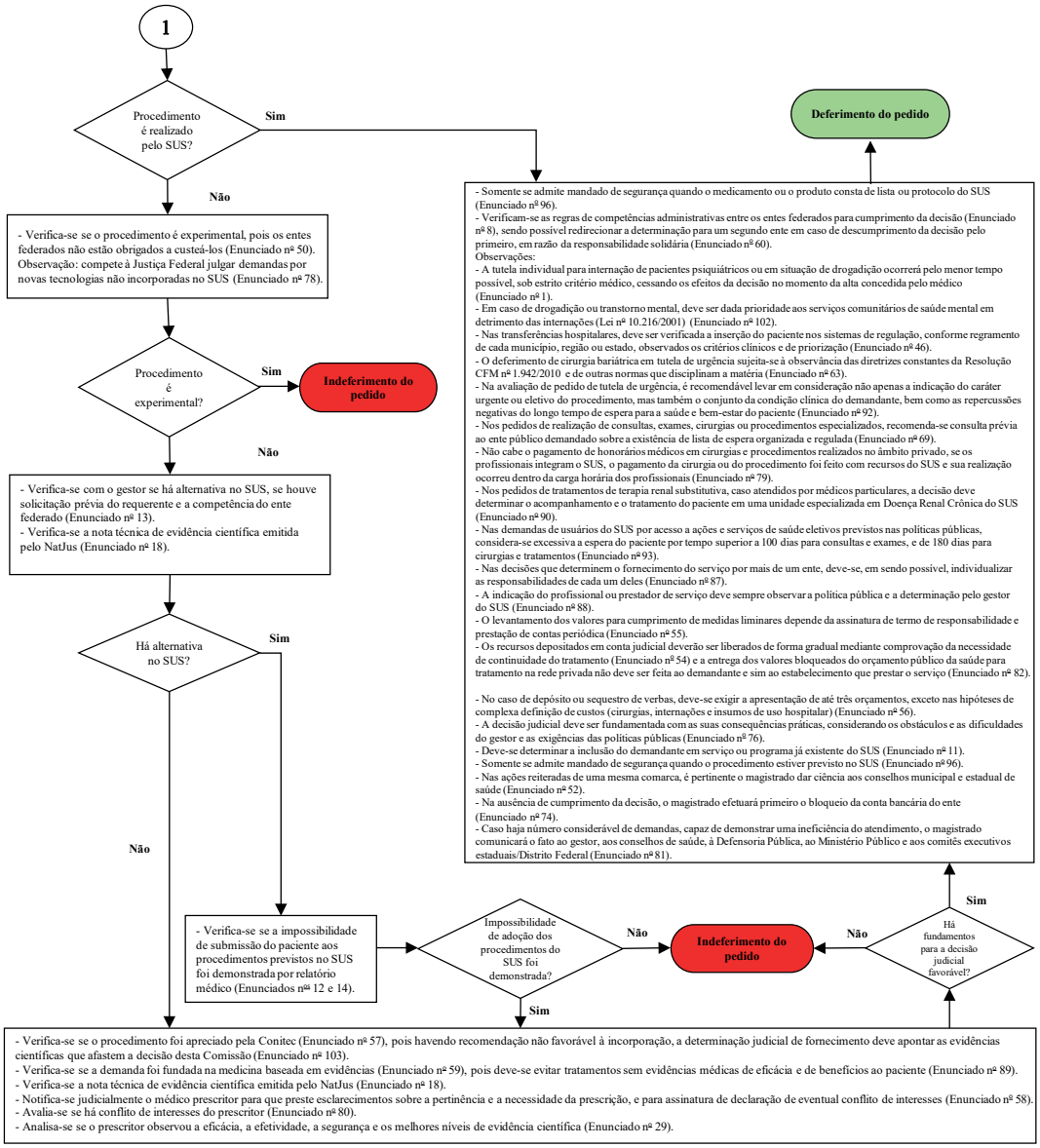
23. "Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências" (Brasil, 1976).
24. "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" (Brasil, 1990a).

FIGURA 1
Fluxograma das recomendações sobre saúde pública do CNJ



(Continua)

(Continuação)



Fonte: CNJ. Enunciados das Jornadas de Direito da Saúde (I, II e III).
Elaboração da autora.

Novos parâmetros para a judicialização da saúde estabelecidos pelo STF, ao suspender os efeitos da Lei nº 13.269, que autorizava o uso da fosfoetanolamina para pacientes com diagnóstico de câncer, vão ao encontro dos enunciados do CNJ construídos ao longo dos últimos anos. Em suma, tem-se que: *i*) não se pode mais decidir favoravelmente ao uso de medicamentos e outras tecnologias em saúde que não tenham sua segurança comprovada;

ii) deve-se observar as melhores práticas a partir da análise das evidências científicas; *iii*) não se pode fornecer medicamentos que não tenham sido previamente analisados pela Anvisa; *iv*) o direito à saúde não comporta o fornecimento de tecnologias para as quais não existem provas de segurança, eficácia e qualidade; *v*) não cabe ao Legislativo fixar normas casuísticas sem a participação dos órgãos competentes do Poder Executivo (por exemplo, autorizar a comercialização de um produto em desrespeito às competências legais da Anvisa, ou seja, do Poder Executivo); e *vi*) a análise dos estudos clínicos é necessária para a concessão de medicamentos e de outras tecnologias (Schulze, 2018).

Mais recentemente, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 657718, o STF deu provimento parcial ao recurso e fixou a seguinte tese:

> *i*) o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; *ii*) a ausência do registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; *iii*) é possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: a) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); b) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e c) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil; e *iv*) as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União (STF, 2019).

Além desse processo, estava programado para outubro de 2019 o julgamento do RE 566471, que trata do dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo. Contudo, o caso foi retirado da agenda do STF ainda naquele ano e foi reagendado para 11 de março de 2020.[25]

A partir do fluxograma (figura 1), observam-se avanços importantes de compreensão do funcionamento do SUS por parte dos participantes das Jornadas e do CNJ sobre questões envolvendo o registro de medicamentos e de produtos para a saúde, a incorporação de tecnologias, a prescrição de medicamentos, o atendimento em oncologia, a divisão de competências entre os entes da Federação, entre outras questões. Também é possível constatar, a partir desse fluxograma, o entendimento de que o Judiciário pode deferir os pedidos de acesso a tecnologias não disponíveis no SUS, caso não haja alternativa terapêutica incorporada ao sistema ou a alternativa incorporada se mostre inefetiva, sendo a decisão fundamentada nos pressupostos da medicina baseada em evidências.

25. RE 566471. Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Disponível em: <https://bit.ly/2qTleHg>. Acesso em: 7 nov. 2019.

Além disso, pode-se observar que, para tanto, os magistrados podem contar com o apoio dos Nat-Jus, que são responsáveis pela elaboração de notas técnicas em que apresentam síntese de evidências da literatura científica.

Nesse ponto, surgem algumas questões. A primeira é se as recomendações contidas nos enunciados do CNJ estão sendo consideradas pela maioria dos magistrados. Há evidências de que não. Em estudo que analisou os acórdãos de judicialização da saúde do período de 2008 a 2017 de diversos tribunais com o objetivo de verificar a relação entre as decisões judiciais e os instrumentos administrativos do sistema de saúde, constatou-se percentual muito baixo de menção à Conitec (0,5%), aos protocolos (5,83%) e à Rename (3,4%). A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) tiveram frequência de citação extremamente insignificante, 0,007% e 0,006%, respectivamente. As menções ao Nat-Jus (15,1%) foram mais frequentes nesses acórdãos, diferentemente do que foi observado nas decisões de segunda instância (0,31%). A citação dos enunciados do CNJ também foi insignificante: 19 vezes em 107.497 decisões em primeira instância e 2 vezes em 82.233 decisões de segunda instância (Insper, 2019). Como neste trabalho a análise dos acórdãos não foi apresentada com controle do ano de sua publicação, não é possível dizer se o percentual de citações aumentou ao longo dos anos. Este controle por ano é particularmente importante, considerando a realização das Jornadas de Direito da Saúde e a publicação dos enunciados pelo CNJ a partir de 2014.

Outras questões se adicionam à primeira indagação apresentada. Teria o Judiciário, mesmo contando com estruturas de apoio técnico, competência e legitimidade para se manifestar sobre o uso específico de tecnologias em saúde? Não estaria assim interferindo na formulação de políticas públicas? Não se criam, assim, dois processos decisórios, com fluxos e regramentos distintos, um que ocorre no SUS, que considera, além das evidências de eficácia, segurança e efetividade, as evidências sobre o custo-efetividade incremental da tecnologia demandada em relação a outras disponíveis e o seu impacto orçamentário; e outro que ocorre via Poder Judiciário, que considera apenas as evidências de eficácia e segurança? Ao se criar a via do Judiciário para acesso a tecnologias, não se está tratando desigualmente os pacientes acometidos pela mesma doença e agravo de acordo com o acesso ou não ao sistema de Justiça?

As respostas para essas questões não são simples. Mas ao explicitar as perguntas, ajuda-se na reflexão sobre os caminhos que o Poder Judiciário poderia seguir na busca pela efetividade do direito à saúde no país, algo que se apresentará mais adiante neste texto.

6 ALGUMAS QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS PELO PODER JUDICIÁRIO

Nesta seção, procura-se discutir algumas questões para justificar o repensar da atuação do Poder Judiciário em matéria de direito à saúde.

Segundo Sarlet e Figueiredo (2010), os direitos fundamentais sociais, o direito à vida e à garantia da dignidade se vinculam à garantia das necessidades existenciais de todo indivíduo e geram para o Estado a obrigação de assegurar o chamado mínimo existencial. O mínimo existencial implica a garantia de um conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar condições de sobrevivência física dos indivíduos com dignidade e qualidade.

Como se pode presumir a partir desta definição, uma grande dificuldade consiste em determinar a abrangência do mínimo existencial em saúde. A CF/1988 estabelece que o acesso a bens e serviços de saúde deve ser universal, igualitário e integral. A integralidade prevista consiste no atendimento dos indivíduos em todos os níveis de complexidade em que são organizados os serviços de saúde, segundo as suas necessidades, englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa racionalidade é importante tanto do ponto de vista terapêutico quanto econômico e contribuiu para que se promovessem avanços no acesso a bens e a serviços de saúde no Brasil. No entanto, a universalidade, a igualdade e a integralidade de acesso ainda não são asseguradas a todos os indivíduos no território nacional, como se pode constatar com as evidências apresentadas neste texto, na seção sobre desigualdades e iniquidades em saúde. O que parece claro é que não se pode prescindir das políticas públicas para alcançar a universalidade, a igualdade e a integralidade de acesso a bens e a serviços de saúde.

Outra questão essencial é que uma vez que a garantia do mínimo existencial pelo Estado resulta em prestações materiais, é preciso considerar sua dimensão econômica, pois esta garantia depende da real disponibilidade de recursos financeiros do Estado, que é denominada reserva do possível e apresenta três dimensões: *i*) disponibilidade fática de recursos; *ii*) disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos, de acordo com as competências dos entes da Federação; e *iii*) proporcionalidade da prestação, considerando-se a razoabilidade de sua exigência. Trata-se de um limite para a atuação do próprio Estado no tocante a possibilidade de ofertas materiais, cujas decisões alocativas de seus agentes devem ser transparentes e passíveis de fiscalização pelo controle social (Sarlet e Figueiredo, 2010).

O cerne desta discussão é que o direito a obter do Estado prestações materiais têm custos e a questão não gira apenas em torno do quanto custam esses direitos, mas também sobre quem decide como os recursos públicos escassos serão alocados (Holmes e Sunstein, 2000). Segundo Botelho (2011), a análise do caso concreto pelo Poder Judiciário, sem consideração das questões econômicas e dos impactos de suas decisões para a coletividade, revela incapacidade de compreensão e de ajuste à realidade. A conscientização socioeconômica do magistrado aumenta as possibilidades de escolha e decisão no caso concreto, de forma fundamentada, evitando uma análise simplesmente normativa, pois o direito a prestações materiais depende de pressupostos financeiros e não pode ser julgado sem a consideração dos aspectos econômicos.

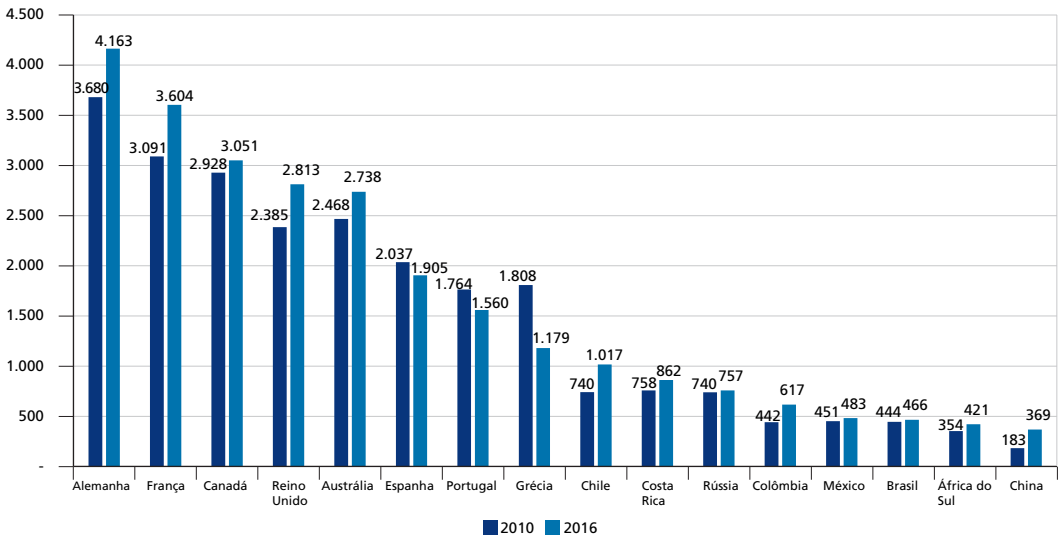
De acordo com Barcellos (2010), o magistrado precisa se preocupar não apenas com um indivíduo, mas também com o conjunto de indivíduos de toda a sociedade, considerando que muitos deles são invisíveis ao Poder Judiciário, por não possuírem meios para acessá-lo. Em estudo sobre o perfil socioeconômico de litigantes representados por advogados públicos, Wang e Ferraz (2013) concluem que existem grandes desafios a serem superados no atendimento da parcela mais vulnerável da população e que, inclusive, a provisão de representação jurídica gratuita não garante por si só que os mais pobres terão suas demandas apreciadas pelo Poder Judiciário.

Para Barcellos (2010), se o Estado tem o dever de garantir uma prestação a um indivíduo, também tem o dever de garanti-la a todos que dela necessitem e, assim, o controle subjetivo individual do direito à saúde precisa lidar com a reserva do possível. Logo, seria preciso ampliar o controle coletivo e abstrato pelo Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde no Brasil. As ponderações desta autora são muito pertinentes, considerando-se as grandes desigualdades existentes no país em termos de acesso a bens e a serviços de saúde, demonstradas em síntese neste texto, e as desigualdades também grandes de acesso ao sistema de justiça no território nacional.

Em defesa da delimitação do direito à saúde, Santos (2014) reforça que a garantia desse direito gera custos e que por isso ele não pode ser pensado de forma vaga e subjetiva. De acordo com a autora, os recursos que dão lastro ao campo de atuação da saúde foram definidos na Lei Complementar nº 141 de 2012, tornando imperativo o planejamento, a elaboração do orçamento e sua execução. Logo, pensar em efetividade do direito à saúde implica: *i*) pensar a alocação de recursos escassos, segundo critérios justos e que observem princípios definidos constitucionalmente; e *ii*) garantir os recursos que dão concretude a este direito, por meio da oferta de bens e serviços, tanto do campo da saúde quanto de outras políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde.

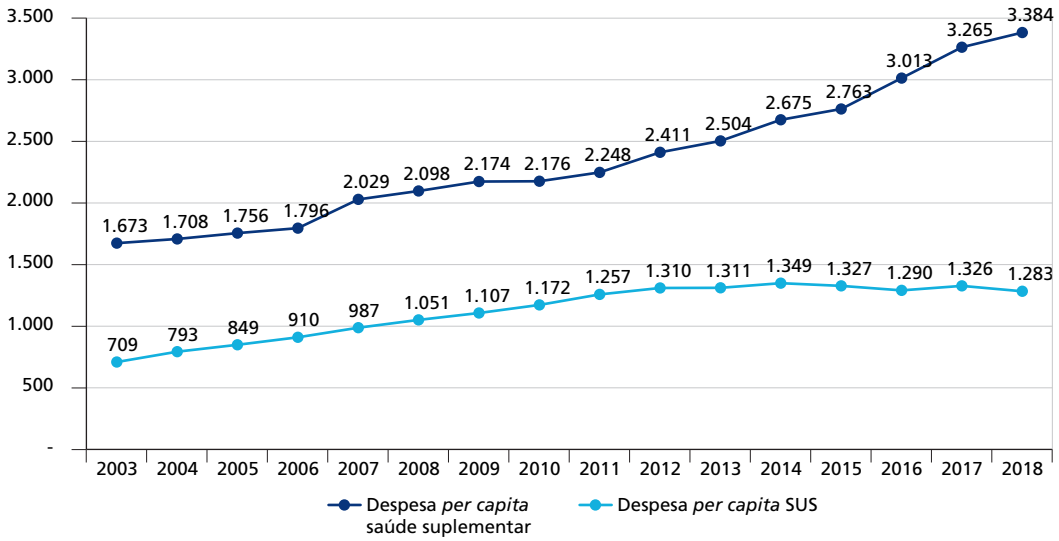
Mas como anda o financiamento dessas políticas? O financiamento do SUS é considerado insuficiente porque o gasto público com saúde no Brasil é baixo, quando comparado ao de outros países com ou sem sistema universal de saúde – tanto em percentual do PIB quanto em termos *per capita* – e quando comparado ao gasto da saúde suplementar no país (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Além disso, também é possível verificar a sua insuficiência quando se constatam as grandes desigualdades de acesso e de oferta de serviços de saúde no território nacional, como demonstrado neste texto. No gráfico 5, apresenta-se uma comparação do gasto em saúde *per capita* de países selecionados com o gasto brasileiro em dois momentos, 2010 e 2016; e, no gráfico 6, a comparação entre o gasto *per capita* do SUS e o gasto *per capita* por beneficiário da saúde suplementar. Com essas ilustrações, fica evidente a necessidade de ampliação dos recursos destinados ao SUS.

GRÁFICO 5
Gasto *per capita* do governo com esquemas compulsórios em saúde – países selecionados (2010 e 2016)
(Em dólares PPP de 2010)



Fonte: Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. OECD.Stat.
Elaboração da autora.

GRÁFICO 6
Gasto *per capita* do SUS e gasto *per capita* da saúde suplementar (2003-2018)
(Em R$ de 2018)



Fontes: SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), para despesas dos estados, do DF e dos municípios; Siga Brasil, para despesas da União (despesas empenhadas); dados de população estimada do IBGE; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): despesas assistenciais e número de beneficiários de planos privados de assistência médica.

Com a crise econômica recente e a implementação da agenda de austeridade fiscal, que promove cortes de gasto em várias áreas, tem-se a piora do financiamento de diversas políticas públicas, não apenas a de saúde, mas também de outras políticas que impactam as condições de vida e de trabalho da população brasileira (Santos e Vieira, 2018). Recentemente, em uma radicalização desta agenda, propôs-se afastar a obrigação constitucional de gasto mínimo com saúde e educação pelos entes da Federação, algo que seria ainda mais grave para a garantia das prestações materiais hoje ofertadas pelo SUS (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Concretamente, o governo federal parece ter desistido da desvinculação orçamentária do gasto com essas áreas, mas apresentou ao Senado uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 188, de 2019, em que propõe a unificação das aplicações mínimas com saúde e educação (Brasil, 2019). Caso seja aprovada, a mudança gerará a concorrência por recursos entre as duas áreas, que são estratégicas para o desenvolvimento socioeconômico de qualquer nação. As consequências dessa possível concorrência precisam ainda ser melhor analisadas.

Comparato e Pinto (2015) argumentam que a CF/1988 veda o retrocesso na oferta de serviços de saúde e que o piso de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) é instrumento de proteção orçamentário-financeira do direito fundamental à saúde. A aplicação mínima em saúde constitui mecanismo relevante de proteção formal e material desse direito no país (Comparato *et al.*, 2016), cuja concretização por meio de políticas públicas é progressiva, não se podendo retroceder nas ofertas já disponibilizadas à população. Se ocorresse retrocesso nessas ofertas, o Estado estaria ferindo cláusulas da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica (Bühring, 2015). Assim, o Judiciário encontra no financiamento do SUS e de outras políticas públicas uma importante linha para a defesa do direito à saúde no Brasil.

Importante também lembrar as enormes desigualdades sociais no país e que essas desigualdades, em termos de renda, moradia, alimentação, escolaridade, entre outras, estão na origem das desigualdades de acesso a serviços e de nível de saúde, detalhadamente apresentadas neste texto. Além dessas, há desigualdades de acesso ao Poder Judiciário, em desfavor da parcela da população socioeconomicamente mais vulnerável. Em 2013, o *deficit* de defensores públicos no Brasil para cada 10 mil pessoas que ganhavam até 3 salários mínimos era de mais de 10.500 profissionais (Moura *et al.*, 2013).

Outra questão relevante é a complexidade dos processos envolvendo a avaliação de tecnologias e a tomada de decisão sobre a incorporação dessas tecnologias ao sistema de saúde. As decisões sobre a incorporação não levam em conta apenas as evidências de sua eficácia e segurança. Também se consideram evidências de efetividade, além de evidências econômicas que atestem a superioridade da tecnologia avaliada em relação a outras existentes (já incorporadas ou não) e que demonstrem o impacto orçamentário que a possível incorporação da tecnologia provocará no sistema de saúde. Portanto, a decisão sobre a oferta de um determinado bem ou serviço em um sistema de saúde leva em consideração evidências que extrapolam o campo da medicina baseada em evidências, pois não é suficiente ter provas que suportem a indicação de seu uso para orientar uma prática clínica. É preciso avaliar as várias alternativas terapêuticas e escolher aquela que resulte na melhor relação entre seus custos e os benefícios produzidos. Mas não apenas isso. É necessário também considerar o impacto orçamentário de sua introdução.

Novas tecnologias podem ser custo-efetivas, porém caras demais para serem custeadas pelo sistema de saúde (Charlton *et al.*, 2017). Além disso, em um contexto de escassez de recursos, incorporar uma tecnologia com alto impacto orçamentário pode resultar na redução da oferta de outras tecnologias, com possíveis prejuízos para parte da

população. Esta não é apenas uma preocupação em países em desenvolvimento. Países desenvolvidos consideram, na decisão de incorporação de uma tecnologia, os resultados de estudos de impacto orçamentário. França, Alemanha, Suécia, Inglaterra, Itália, Holanda, Polônia e Espanha utilizam esses estudos, sendo que eles são obrigatórios nos processos decisórios de incorporação de tecnologias na Alemanha, Inglaterra e Polônia (Angelis, Lange e Kanavos, 2018).

No Brasil, a Conitec representa avanços significativos neste campo. No entanto, a despeito desses progressos, ainda é preciso aperfeiçoar o seu processo de avaliação de tecnologias em saúde. No país, desafios importantes precisam ser enfrentados pelo Estado nesta área, entre eles, a garantia da participação social nas decisões sobre a incorporação e a definição de limites para isso, dado que os recursos são escassos (Vieira, 2019).

Considerando as questões apresentadas, na próxima seção, busca-se justificar a necessidade de um novo foco para atuação do Poder Judiciário no tocante ao direito à saúde.

7 NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Há evidências de que o Poder Judiciário é mais propenso a conceder decisões favoráveis ao autor em casos individuais do que em ações civis públicas movidas pelo Ministério Público, uma vez que estas últimas, por serem estruturais e buscarem promover mudanças em políticas públicas, provocariam maior impacto econômico, situação em que o Poder Judiciário se mostra mais cauteloso (Wang e Ferraz, 2013). Observa-se a predominância da justiça do caso concreto, a qual o ministro do STF Gilmar Mendes chamou de microjustiça (Pinto, 2017).

Contudo, tem-se defendido, nos últimos anos, a necessidade de se repensar o curso da judicialização, para que ela se volte à busca da efetividade das promessas constitucionais e das políticas públicas existentes (Gebran Neto, 2019). Também para que o Judiciário brasileiro exercite a macrojustiça, para controle do custeio adequado e do arranjo organizativo do SUS (Pinto, 2017), e mude o foco de sua atuação para a formulação de políticas e o estabelecimento de canais administrativos de comunicação, contribuindo, assim, para a efetivação dos direitos civis e das garantias constitucionais (Ventura *et al.*, 2016).

Neste texto, não se está defendendo que o Poder Judiciário deveria deixar de exercer a microjustiça nesta área. O que se argumenta, com base em todas as evidências e questões apresentadas, é que a intervenção do Judiciário diretamente no conteúdo das políticas formuladas pelo Executivo, da forma como ocorre hoje, pode ter efeitos negativos para a garantia do direito à saúde a todos os indivíduos em solo nacional. Não se pode naturalizar o fato de que a Justiça está determinando a oferta de tecnologias específicas, sem ter a competência para isso e o conhecimento técnico apropriado para conduzir processos decisórios de avaliação da incorporação de tecnologias no sistema de saúde. Como mostra o fluxograma apresentado neste texto (figura 1), os enunciados do CNJ revelam progressos expressivos quanto à compreensão sobre o funcionamento do SUS, mas também o entendimento de que a Justiça pode determinar a oferta de um produto ou serviço específico não previsto nas políticas do SUS.

O exercício da microjustiça é fundamental para proteger os cidadãos de omissões do Estado no tocante às prestações incluídas nas políticas públicas. Se a oferta de determinado bem ou serviço está prevista em política pública, constitui dever do Estado garantir o acesso, competindo ao Poder Judiciário o controle sobre a atuação do Poder Executivo, a fim de garantir que esse bem ou serviço não seja negado a determinado indivíduo, observadas as condições de acesso estabelecidas na política.

Mais complexo e desafiador é o exercício da macrojustiça, porque pressupõe o controle sobre as políticas públicas de forma abrangente, garantindo-se que elas respeitem os princípios constitucionais de universalidade e igualdade de acesso a bens e a serviços de saúde e constituam meios para a concretização das promessas constitucionais, em consonância com a capacidade financeira do Estado.

Além disso, na perspectiva da busca da efetividade do direito à saúde para toda a população, não basta apenas investir em serviços de saúde ou na oferta de medicamentos. É preciso garantir o financiamento das políticas que atuam sobre as diversas camadas dos fatores que influenciam as condições de saúde dos indivíduos e das populações. O SUS é fundamental, mas a atuação do Estado precisa ser mais abrangente. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), este enfoque mais amplo tem que considerar quatro níveis de políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde: 1º nível – políticas que atuam sobre os fatores comportamentais e estilo de vida com abrangência nacional; 2º nível – políticas que garantem rede de apoio, envolvendo ações coletivas; 3º nível – políticas que atuam sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos,

emprego, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros); e 4º nível – políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção da cultura de paz e solidariedade.

Considerando o modelo de determinação social da doença, não se garante maior nível de saúde à população apenas ofertando bens e serviços de saúde (Buss e Pellegrini Filho, 2007). De que adianta garantir o atendimento em unidade de saúde e os medicamentos para o tratamento se os indivíduos vivem em moradias precárias, não têm recursos para se alimentar apropriadamente, não têm acesso a saneamento básico, trabalham em ambientes e condições insalubres, não dispõem de informações sobre comportamentos que promovem a saúde e não exercem o autocuidado em saúde por diversas razões? Nessa situação, ter-se-ia que ampliar infinitamente a oferta de serviços de saúde e os gastos seriam insustentáveis para qualquer sistema de saúde no mundo.

Por isso mesmo, a garantia do direito à saúde prevista na CF/1988 deve se dar por meio da formulação de políticas sociais e econômicas, voltadas à redução do risco dos indivíduos adoecerem e de serem acometidos por outros agravos à saúde, e também pelo acesso a bens e a serviços de saúde. Assim, não é possível assegurar o direito constitucional à saúde a todos os brasileiros por meio da microjustiça, que se faz em decorrência de uma situação de judicialização da saúde em base individual e que tem foco, de forma indiscriminada, na oferta de tecnologias em saúde. O problema principal é que muitas vezes não se busca, por meio da microjustiça, garantir o atendimento, mas garantir o meio, a tecnologia específica utilizada no atendimento ou tratamento de cada indivíduo.

Parece não haver dúvidas de que o controle judicial sobre as políticas públicas, particularmente quanto à alocação dos recursos do Estado pelos agentes políticos, é fundamental para efetivar direitos sociais inscritos na Constituição (Pinto, 2007). Para tanto, o Poder Judiciário precisa ampliar o seu olhar, determinando, se preciso, a revisão de aspectos que influenciam e/ou reduzem a efetividade das políticas existentes ou a formulação de novas políticas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização da saúde no Brasil nas últimas décadas revela maior consciência dos indivíduos sobre o seu direito de requerer do Estado prestações de saúde, bem como maior disposição do Judiciário para reconhecer a legitimidade dessas demandas, ainda que muitas delas envolvam o pedido de acesso a tecnologias não previstas nas políticas do SUS.

Se de um lado esta situação mostra aspectos positivos, por outro, o excesso de decisões favoráveis ao autor, baseadas em solicitações individuais e concedidas sem consideração das políticas públicas formuladas pelo Poder Executivo, impõe aos gestores dificuldades na operação do sistema de saúde e pode resultar na produção de maiores desigualdades de acesso a bens e a serviços de saúde no país.

Poder-se-ia argumentar que essas desigualdades seriam reduzidas se o acesso à Justiça fosse garantido aos indivíduos mais pobres. No entanto, ainda assim não se resolveria um grande problema para o Estado hoje: a multiplicidade de atores decidindo sobre o fornecimento de tecnologias. De um lado, a Conitec recomenda a incorporação dessas tecnologias para a política pública de amplo alcance e, de outro lado, os magistrados em todo o país determinam individualmente a oferta de medicamentos e procedimentos médicos diversos. Desde os anos 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem alertando os governos sobre a importância da seleção dos medicamentos para dispensação à população por questões terapêuticas, econômicas e organizacionais do sistema de saúde (MSH, 2012).

Nenhum país oferece todas as tecnologias existentes para os seus cidadãos. Na Inglaterra, país que possui uma agência conceituada para a avaliação das tecnologias em saúde, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), decidiu-se criar um fundo em 2010 para o financiamento de medicamentos para tratamento de câncer que tenham sido rejeitados no processo de avaliação do NICE. A iniciativa foi finalizada em 2016 porque esta política se mostrou cara, ineficaz e insegura para os pacientes.[26] Iniciativas como essa acabam resultando em prejuízos à coletividade. O custo de oportunidade pode ser muito elevado, já que os recursos despendidos poderiam ter sido alocados à ampliação da oferta de tratamentos comprovadamente seguros, eficazes e custo-efetivos para toda a população.

No Brasil, na área de gestão de tecnologias em saúde, progressos importantes foram obtidos após a criação da Conitec; entretanto, ainda é preciso avançar mais nesta área. Alguns desses desafios são citados por Vieira (2019), conforme disposto a seguir.

1) A necessidade de balizamento das decisões de incorporação de tecnologias pela disponibilidade de recursos no SUS.

26. Forster, K. *Cancer Drugs Fund*: £1.27bn initiative set up by David Cameron a 'waste of money', finds review. Disponível em: <https://bit.ly/34rwZm6>. Acesso em: 8 nov. 2019.

2) A universalização do acesso a medicamentos por meio do setor público.

3) A produção e utilização de evidências científicas robustas sobre a segurança, a eficácia, a efetividade, a razão de custo-efetividade e o impacto orçamentário das tecnologias nos processos de avaliação.

4) A necessidade de se pacificar o entendimento sobre a integralidade da assistência terapêutica no SUS.

5) A integração das decisões envolvendo a incorporação de medicamentos aos demais elementos da política de medicamentos e de saúde – uma vez que a garantia de acesso a medicamentos como direito humano fundamental pressupõe o estabelecimento de medidas para enfrentar a escalada dos preços destes –, a realização de investimentos em pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos, o domínio do conhecimento para produção local de produtos estratégicos e a regulação sanitária e econômica do mercado farmacêutico.

6) A garantia da participação social em todo o processo de gestão de tecnologias em saúde.

Voltando à questão da judicialização da saúde, destaca-se a relevância da justiça do caso concreto (microjustiça) para assegurar que todos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado, segundo as condições estabelecidas nas políticas públicas. Se há política pública que estabelece as tecnologias e a forma de acesso a elas, o acesso deve ser garantido a todas as pessoas que delas necessitem e que atendam às condições definidas previamente nessa política.

Se há problemas de formulação e implementação da política, ou até mesmo inexistência de ação estatal para resolver determinado problema da população, é preciso que o Judiciário exercite a macrojustiça, a fim de agir para que o Executivo cumpra os desígnios constitucionais em matéria de direitos, entre eles, os do direito à saúde. Assim, o Judiciário catalisaria os resultados de sua atuação, constituindo-se em importante canal de ampliação da cidadania, e agiria para impedir lesão ou ameaça ao direito de qualquer indivíduo de ter a sua necessidade de saúde atendida por meio da oferta de bens e serviços de saúde previstos em política pública, como determina o art. 196 da CF/1988. O que não parece razoável é que o Judiciário permaneça intervindo na área da saúde por meio da determinação de que o Executivo garanta o tratamento dos pacientes, individualmente, com a oferta de um serviço ou de um medicamento específico, não previsto nas políticas do SUS. Trata-se de uma intervenção direta sobre o conteúdo da política.

Na última década, observaram-se avanços significativos quanto à compreensão do funcionamento do SUS por parte de membros do sistema de Justiça. Caso as recomendações do CNJ, demonstradas em síntese na figura 1, fossem seguidas, parte das demandas judiciais poderia ser evitada. Contudo, o ainda elevado número de casos novos nos últimos anos e as evidências produzidas a partir de diversos estudos recentes impedem que se conclua que esses avanços interpretativos sobre o funcionamento do sistema de saúde se estendem a todas as instâncias do Poder Judiciário.

O modo de se exercitar a macrojustiça é uma questão desafiadora e, por isso mesmo, demanda reflexão e amplo debate, não apenas entre os membros do sistema de Justiça, mas com a participação de todas as instituições do Estado e com a sociedade. Trata-se de uma necessidade para assegurar a efetividade do direito à saúde no Brasil a todos, de forma universal e igualitária. Demanda o controle não só dos processos envolvendo as políticas de saúde, mas também das políticas macroeconômicas, pois estas têm impacto sobre a disponibilidade de recursos para o financiamento das políticas públicas que asseguram direitos sociais inscritos na Constituição (Pinto, 2019).

Resgatando os modelos discutidos por Ferraz (2011b) sobre o papel do Judiciário na proteção de direitos sociais, observa-se elevada prevalência de intervenção sobre o conteúdo das políticas em matéria de direito à saúde no Brasil, com impactos negativos para a organização do SUS e para a garantia de acesso a bens e a serviços de saúde a toda a população. Considerando-se a demanda para o exercício da macrojustiça pelo Poder Judiciário, parece necessário que o modelo majoritário seja o de controle dos procedimentos adotados pelos outros poderes, a fim de se assegurar a conformidade da ação governamental às prioridades definidas constitucionalmente.

Importa destacar, a fim de deixar o posicionamento expresso neste texto muito claro, que o que se defende em termos de controle pelo Judiciário da atuação dos demais Poderes em matéria de saúde, considerando-se a teoria da reserva do possível, vai muito além da verificação do que pode ser financiado dentro do limite orçamentário anual definido pelo Executivo e Legislativo para as despesas com saúde. Tal controle implica a análise do conjunto dos gastos, tributários e diretos, das receitas e das prioridades na alocação dos recursos em consonância com os direitos e garantias fundamentais. O orçamento deve ser elaborado para assegurar precipuamente esses direitos e garantias constitucionais, considerando a capacidade de pagamento de tributos de toda a sociedade, e não para os direitos e garantias fundamentais ficarem condicionados e em segundo plano na peça orçamentária, traduzindo escolhas que afrontam o disposto na Constituição Federal. O SUS foi criado em 1988 e permanece subfinanciado, ao mesmo tempo em

que se assistiu à elevação dos gastos tributários e das despesas com o pagamento do serviço das dívidas interna e externa (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Nesse contexto, a discussão sobre o financiamento e a gestão do SUS não seria um bom ponto de partida para se começar a exercitar a macrojustiça em matéria de direito à saúde?

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos: novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. *In*: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 114-135.

ALBERT, C. E. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. **Revista Técnica CNM**, Brasília, p. 151-175, 2016.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al*. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciência e Saúde Coletiva, **Rio de Janeiro**, v. 22, n. 4, p.1055-1064, 2017.

ANDRADE, M.V. *et al*. Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Orgs.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Volume 2. Brasília: Ipea, 2018.

ANGELIS, A.; LANGE, A.; KANAVOS, P. Using Health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. **The European Journal of Health Economics**, Berlin, v. 19, p.123-152, 2018.

ASSIS, G. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. *In*: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2014. p. 197-220.

AZEVEDO E SILVA, G. A. *et al*. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 14s, 2017.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. *In*: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.). **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2ª tiragem. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Juris, 2010.

BARROS, M. B. A. *et al*. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 148, 10 p., 2016.

BELTRÁN-SÁNCHEZ, H.; ANDRADE, F. C. D. Time trends in adult chronic disease inequalities by education in Brazil: 1998-2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 139, 2016, 19 p.

BIEHL, J. *et al*. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health and Human Rights**, Boston, v. 14, n. 1, p. E36-52, 2012.

BITTENCOURT, G. B. O "estado da arte" da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BOCCOLINI, C. S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 150, 8 p., 2016.

BOCCOLINI, P. M. M. *et al*. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3537-3546, 2017.

BOING, A. *et al*. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para gestão do sistema de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 82-97, 2013.

BOING, A. C. *et al*. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 632-641, 2014.

BORGES, D. C. L. Individual health care litigation in Brazil through a different lens: strengthening health technology assessment and new models of health care governance. **Health and Human Rights Journal**, Boston, v. 20, n. 1, p.147-162, 2018.

BOTELHO, R. F. **A judicialização do direito à saúde**: a tensão entre o "mínimo existencial" e a "reserva do possível" na busca pela preservação da dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2011.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 12647, 24 set. 1976.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/34nuKQF>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. 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. Brasília. 1990a. Disponível em: <https://bit.ly/2YZ8r2H>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: MS, 1990b. Disponível em: <https://bit.ly/2rQRonn>. Acesso em: 22 ago. 2019.

_____. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília. 1992. Disponível em: <https://bit.ly/36EJbkY>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador", concluído em 17 de novembro de 1988, em São Salvador, El Salvador. Brasília. 1999. Disponível em: <https://bit.ly/2rTdHsr>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **O remédio via Justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: MS, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, 2010a. Disponível em: <https://bit.ly/2RX1oGd>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília: 2010b. Disponível em: <https://bit.ly/2qToFxE>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011a. Disponível em: <https://bit.ly/2EpoXiW>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2011b. Disponível em: <https://bit.ly/2rVhdTl>. Acesso em: 14 out. 2019.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. Brasília. 2011c. Disponível em: <https://bit.ly/35t8jLp>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Proposta de Emenda à Constituição nº 188, de 2019. Altera arts. 6º, 18, 20, 29-A, 37, 39, 48, 62, 68, 71, 74, 84, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 184, 198, 208, 212, 213 e 239 da Constituição Federal e os arts. 35, 107,109 e 111do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 135-A, 163-A, 164-A, 167-A, 167-B, 168-A e 245-A; acrescenta ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias os arts. 91-A, 115, 116 e 117; revoga dispositivos constitucionais e legais e dá outras providências. Brasília. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2EpLk7S>. Acesso em: 8 nov. 2019.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. *In*: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 31-88.

BÜHRING, M. A. Direito social: proibição de retrocesso e dever de progressão. **Direito & Justiça**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 56-73, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção** [documento digital]. [s. d.] Disponível em: <https://bit.ly/2M1ujVN>. Acesso em: 14 out. 2019.

CHAGAS, V. O.; PROVIN, M. P.; AMARAL, R. G. Administrative cases: an effective alternative to lawsuits in assuring access to medicines? **BMC Public Health**, London, v. 19, n. 212, 10 p., 2019.

CHARLTON, V. *et al*. Cost effective but unaffordable: an emerging challenge for Health systems. **BMJ**, London, v. 356, n. j1402, 2017.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARRADAS, R. C. B.; GOLDBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 499, 2017.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2EoKGaM>. Acesso em: 20 set. 2019.

COMPARATO, F. K.; PINTO, E. G. Custeio mínimo dos direitos fundamentais, sob a máxima proteção constitucional. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 17 dez. 2015.

COMPARATO, F. K. *et al*. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 27 jul. 2016.

CRUZ, L. A. R. Direito à saúde: de norma programática a direito individual exigível. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 34, p. 119-132, 2012.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 151, 10 p., 2016.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. *In*: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FERRAZ, O. L. M. Brazil. Health inequalities, rights, and courts: the social impact of the judicialization of health. *In*: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. (Eds.). **Litigating Health rights**: can courts bring more justice to Health? [Livro eletrônico]. Cambridge: Signature Book Printing, 2011a.

FERRAZ, O. L. M. Harming the poor through social rights litigation: lessons from Brazil. **Texas Law Review**, v. 89, p. 1643-1668, 2011b.

_____. **The right to health in the courts of Brazil 10 years on**: still worsening health inequalities? Draft, 25 jun. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/38ThE1c>. Acesso em: 1º nov. 2019.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FRANÇA, G. V. A. *et al*. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the United Health System. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 149, 2016, 12 p.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. Judicialização do direito à saúde: prós e contras. IN: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Orgs.). **Direito à vida e à saúde**: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 255-276.

GEBRAN NETO, J. P. Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 99-130.

GOTTI, A. Judicialização do direito à saúde e insuficiência dos mecanismos tradicionais de resolução de conflitos. *In*: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 174-202.

HOLMES, S.; SUSTEIN, C. R. **The cost of rights**: why liberty depends on taxes. New York: Norton, 2000.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **POF 2017-2018**: famílias com até R$ 1,9 mil destinam 61,2% de seus gastos à alimentação e habitação [eletrônico]. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2PX4sjg>. Acesso em: 11 out. 2019.

INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

LANDMANN-SZWARCWALD, C.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 174, 2016, 3 p.

LIMA, D. L. *et al*. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, sup. 2, 2019.

LIMA-COSTA, M. F. *et al*. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 137, 2016, 8 p.

LOPES, C. S. *et al*. Inequalities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 154, 2016, 8 p.

LOPES, L. M. N. *et al*. (Un)equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 18, n. 10, 2019, 8 p.

MALTA, D. C. *et al*. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 153, 2016, 11 p.

_____. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017.

_____. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MARIO, D. N. *et al*. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

MARMOT, M. **The health gap**: the challenge of an unequal world. New York: Bloomsbury Press, 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2009.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

MORAIS NETO, O. L. *et al*. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 142, 2016, 11 p.

MOURA, T. W. *et al*. **Mapa da Defensoria Pública no Brasil**. Brasília: Anadep: Ipea, 2013.

MSH – MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH. **Managing access to medicines and health technologies**. Arlington: MSH, 2012.

MÚJICA, O. J.; MORENO, C. M. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 43, e12, 2019.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 140, 12 p., 2016.

NICO, L. S. *et al*. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 389-398, 2016.

OLIVEIRA, V. E. Caminhos da judicialização do direito à saúde. *In*: OLIVEIRA, V. E. (Org.). **Judicialização de políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 177-199.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, J. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. **The Lancet**, p. 11-21, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/34sK5zA>. Acesso em: 16 set. 2019.

PEPE, V. L. E. *et al*. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, 2010.

PERET, E. Renda do trabalho do 1% mais rico é 34 vezes maior que da metade mais pobre. **Agência de notícias/IBGE**, 16 out. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2skF6Uj>. Acesso em: 6 nov. 2019.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. **Systematic reviews in the social sciences**. A practical guide. Oxford, United States: Blackwell Publishing, 2006.

PINTO, E. G. Controle judicial de políticas públicas: ainda às voltas com a indigência analítica. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 4, n. 8, p. 65-80, 2007.

_____. Equilíbrio constitucional intergeracional das políticas macroeconômicas. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 17 dez. 2019.

PINTO, E. G. **Estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Textos para Debate).

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

RAMOS, A. C. V. *et al*. Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, e166, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SANTOS, L. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. *In*: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

SANTOS, M. W. B. *et al.* O caso da fosfoetanolamina sintética: judicialização com risco à saúde. *In*: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 139-173.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018a.

SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, 2018b.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *In*: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Orgs.). **Direitos fundamentais**: orçamento e "reserva do possível". 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010. p. 13-50.

SCHULZE, C. J. **Judicialização da saúde no século XXI**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.

SCHULZE, C. J. Direito à saúde e o Poder Judiciário. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019a. p. 25-64.

SCHULZE, C. J. Novas perspectivas sobre a judicialização da saúde. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019b. p. 65-98.

SOUZA, K. A. O.; SOUZA, L. E. P. F.; LISBOA, E. S. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 837-848, 2018.

SOUZA, J. L. *et al*. Posição socioeconómica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00099518, 2019.

SOUZA, L. R. M. *et al*. Health inequalities and well-being in times of financial and political crisis in Brazil, a case study. **Global Public Health**, London, May, v. 15, p. 1-14, 2019.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Decisão referente ao Recurso Extraordinário nº 657718**. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa pelo Estado. Brasília: STF, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/36BTWnW>. Acesso em: 7 nov. 2019.

STOPA, S. R. *et al*. Acesso e uso de Serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 3s, 2017.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 141, 2016, 9 p.

TEIXEIRA, M. G. *et al*. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018.

TEODORO, C. R. S. *et al*. Federal procurement of unlicensed medicines in Brazil: findings and implications. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, London, 2017, 7 p.

THEME FILHA, M. M. *et al*. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 136, 2016, 8 p.

TOMASI, E. *et al*. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

TRAVASSOS, D. V. *et al*. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Auditoria operacional sobre judicialização da saúde**: ficha síntese. Brasília: TCU, 2017.

UNESCO – UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **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. Brasília: Representação da Unesco no Brasil, 1998.

VENTURA, C. A. A. *et al*. Alternatives for the enforcement of the right to Health in Brazil. **Nursing Ethics**, London, v. 23, n. 3, p. 318-27, 2016.

VIACAVA, F. *et al*. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VICTORA, C. Socioeconomic inequalities in health: reflections on the academic production from Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15, n. 164, 2016, 3 p.

VIEIRA, F. S. **Ações judiciais e direito à saúde**: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008.

_____. **Desafios do Estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2500).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WANG, D. W. L. *et al*. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.

WANG, D. W. L. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, New York, 15, p. 617-641, 2015.

WANG, D. W. L; FERRAZ, O. L. M. Atendendo os mais necessitados? Acesso à Justiça e o papel de defensores e promotores públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de São Paulo. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 167-90, 2013.

WERNER, P. U. P. Políticas públicas e o direito fundamental à saúde: a experiência das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. *In*: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 240-275.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

ZAVASCKI, T. A. Prefácio. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 11-18.

ZEBULUM, J. C. Os conflitos morais enfrentados pelos juízes em demandas de saúde: o caso dos tribunais federais brasileiros. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 144-165, 2018a.

_____. Decisões judicias na saúde, um campo propício para a interferência de convicções pessoais de cada juiz: análise da jurisprudência de quatro tribunais de justiça. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 16-33, 2018b.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

MALTA, D. C. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 109-122, 2015.

TAVARES, N. U. L. *et al*. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-323, 2015.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão
Camilla de Miranda Mariath Gomes
Everson da Silva Moura

Revisão
Ana Clara Escórcio Xavier
Clícia Silveira Rodrigues
Idalina Barbara de Castro
Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Amanda Ramos Marques (estagiária)
Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)
Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)
Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Editoração
Aeromilson Trajano de Mesquita
Bernar José Vieira
Cristiano Ferreira de Araújo
Danilo Leite de Macedo Tavares
Herllyson da Silva Souza
Jeovah Herculano Szervinsk Junior
Leonardo Hideki Higa

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico
Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Brasília-DF

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

ISSN 1415-4765