

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO

ANA MARIA LYRA FURTADO

**DIREITO À SAÚDE E ORÇAMENTO: O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2020 A 2023**

São Paulo

2024

ANA MARIA LYRA FURTADO

DIREITO À SAÚDE E ORÇAMENTO: O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2020 A 2023

Monografia - Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Direito da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) como
requisito parcial para a obtenção do título de bacharel
em Direito no ano de 2024.

Orientadora: Prof^a Dra. Carolina Zancaner Zockun

São Paulo

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que possibilitaram a realização e a finalização do presente trabalho. Um agradecimento especial para a minha orientadora, Professora Doutora Carolina Zancaner Zockun, por ter acolhido meu projeto de pesquisa e aceitado me orientar e me acompanhar nessa jornada de estudo. Sou grata pela disponibilidade, atenção, presença, conversas e por todo o apoio. Agradeço também à minha família, por todo o amor, paciência e suporte durante o período de realização dessa monografia.

RESUMO

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo específico compreender o fenômeno da judicialização de políticas públicas na área de saúde por meio da verificação da relação dos gastos decorrentes das demandas judiciais e o valor orçamentário previsto para a saúde pública no Município de São Paulo durante o período de 2020 e 2023. Para isso, foi utilizada a pesquisa bibliográfica como metodologia de pesquisa. Realizou-se um panorama acerca da evolução da concepção de saúde e do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, bem como sobre a organização, os princípios e o custeio do Sistema Único de Saúde. Para a compreensão do fenômeno da judicialização, foi estudado o mínimo existencial, a reserva do possível, e o posicionamento da doutrina e dos tribunais superiores sobre demandas envolvendo saúde pública. A partir desses entendimentos, foi possível traçar um perfil das ações de judicialização da saúde pública no Município de São Paulo e verificar seu impacto orçamentário, o que foi feito por meio de uma relação entre o valor orçamentário previsto para a saúde pública e os gastos provenientes das demandas judiciais.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Orçamento Municipal. Judicialização da Saúde Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Eletiva - cirurgia eletiva

Home care - tratamento domiciliar

Não padronizado - fornecimento de medicamento registrado na ANVISA e não padronizado

Oncológico - fornecimento de medicamento oncológico

Padronizado - fornecimento de medicamento registrado na ANVISA e padronizado

Urgência - cirurgia urgente

SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF - Constituição Federal de 1988

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

DF - Distrito Federal

DJES - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde

EC - Emenda Constitucional

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LINDB - Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro

LOA - Lei orçamentária Anual

LOS - Lei Orgânica de Saúde

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

NATJUS - Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

RDQA - Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior

RE - Recurso Extraordinário

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

REsp - Recurso Especial

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

TJSP - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

UCI - unidade de cuidados intensivos

UTI - unidade de terapia intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Porcentagem de Casos Novos em que a Municipalidade integra o polo passivo por assunto no período de 2020 a 2023..... 90
- Gráfico 2** – Judicialização da Saúde - SMS/SP - Número de Ações até 31 de dezembro do respectivo ano, por Assunto..... 94
- Gráfico 3** – Judicialização da Saúde - Ano de Cadastro das Demandas contra a Municipalidade, no período de 2018 a 2023..... 96

TABELAS

- Tabela 1** – Cobertura do Município de São Paulo pelo SUS, nos anos de 2020 a 2023..... 87
- Tabela 2** – Casos Novos em Saúde nos anos de 2022 e 2023, conforme o ramo..... 88
- Tabela 3** – Casos Novos em Saúde Pública por grupo de parte passiva, no período de 2020 a 2023..... 88
- Tabela 4** – Porcentagem de Casos Novos de Saúde Pública em que a Municipalidade integra a parte passiva, por assunto, no período de 2020 a 2023..... 91
- Tabela 5** – Tipo de Ações, no âmbito de saúde pública, no período de 2020 a 2023..... 93
- Tabela 6** – Judicialização da Saúde - SMS/SP - Número de Ações até 31 de dezembro do respectivo ano, por assunto..... 94
- Tabela 7** – Ações sobre Requisição de Medicamento, Procedimento e/ou Tratamento, por Assunto e por Ano..... 97
- Tabela 8** – Principais Grupos de Despesas - Janeiro/Dezembro dos Anos de 2020 a 2023 - Detalhamento das Despesas Empenhadas - Fundo Municipal da Saúde (SMS, AHM e HSPM)..... 99
- Tabela 9** – Relação entre o valor empenhado para pagamento das despesas com Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares e o valor empenhado para pagamento de Ações Judiciais, nos anos de 2020 a 2023..... 99
- Tabela 10** – Relação do custo *per capita* estimado por demandante comparado com o custo *per capita* estimado do valor empenhado para pagamento das despesas com Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares, nos anos de 2020 a 2023, no Município de São Paulo.....104

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE	13
1.1 Considerações sobre a evolução h do conceito de saúde na história ocidental	13
1.2. Panorama histórico do direito à saúde no Brasil	17
1.3. Da Ordem Social na Constituição Federal de 1988.....	22
1.3.1. Sistema de Seguridade Social e Constituição de 1988	24
1.3.2. Direito à saúde e Constituição Federal de 1988	27
CAPÍTULO 2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	32
2.1. Sistema Único de Saúde	32
2.2. Princípios do Sistema Único de Saúde	35
2.3. Estrutura do Sistema Único de Saúde.....	38
2.3.1. Descentralização do SUS: distribuição de competências entre os entes federativos	41
2.4. Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.....	44
2.5. Assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde pelo SUS	45
CAPÍTULO 3 – CUSTEIO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.....	49
3.1. Previsão constitucional: custeio da Seguridade Social	49
3.2. Legislação infraconstitucional: a participação dos entes federativos no custeio da Saúde	51
3.2.1. Lei Orgânica de Saúde e Lei 8.142/1990	52
3.2.2. Lei Complementar 141/2012	54
3.2.2.1. Fundo Municipal de Saúde de São Paulo	57
3.2.3. Ressarcimento ao SUS.....	59
CAPÍTULO 4 – JUDICIALIZAÇÃO E DIREITO À SAÚDE	62
4.1. Judicialização do direito à saúde	62
4.2. Mínimo Existencial e Reserva do Possível.....	66
4.3. Considerações doutrinárias sobre a judicialização da saúde	71
4.4. Evolução jurisprudencial dos Tribunais Superiores em matéria de judicialização da saúde pública	77
4.4.1. Caminho de ponderação entre Reserva do Possível e Mínimo Existencial?	85

CAPÍTULO 5 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO..	86
5.1. Sistema público de saúde: o perfil do Município de São Paulo	86
5.2. Judicialização da saúde pública no Município de São Paulo	87
5.2.1. Perfil das demandas judiciais	87
5.2.2. Custos resultantes das demandas judiciais	98
5.3. Considerações sobre o cenário do Município de São Paulo em matéria de judicialização da saúde pública	100
5.3.1. Relação entre os gastos oriundos da judicialização da saúde e o valor orçamentário previsto para a saúde pública no Município de São Paulo, no período de 2020 a 2023	103
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS.....	108

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende analisar o fenômeno da judicialização da saúde e sua influência no orçamento, a partir da verificação da relação entre os gastos decorrentes das demandas judiciais e o valor orçamentário previsto para a saúde pública no Município de São Paulo no período de 2020 e 2023.

Inicialmente, foi dedicado um capítulo para a trajetória histórica da saúde no ordenamento jurídico brasileiro, com ênfase na Constituição Federal de 1988, no Sistema de Seguridade Social e no sentido e alcance do direito constitucional à saúde. Também foi construído um panorama sobre o Sistema Único de Saúde, sendo abordados seus princípios, diretrizes, sua estrutura – com ênfase na descentralização e nas competências municipais – e a assistência terapêutica.

Foram feitas considerações sobre o custeio do Sistema Único de Saúde, perpassando o custeio do Sistema de Seguridade Social, a Lei Complementar 141/2012, o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo e o ressarcimento do SUS pelos planos de saúde privados.

O capítulo seguinte, o último da parte teórica, trata do direito à saúde e a sua judicialização. Foram abordados a efetividade desse direito; a oposição entre o mínimo existencial e a reserva do possível; a evolução jurisprudencial dos tribunais superiores sobre ações de judicialização da saúde pública; e considerações doutrinárias sobre diferentes aspectos desse fenômeno.

Consolidados os conceitos teóricos, passou-se ao estudo da judicialização da saúde no Município de São Paulo, no período de 2020 a 2023. A municipalidade foi escolhida em razão de ser o ente mais próximo da população¹ e a atenção básica ser a porta de entrada do sistema de saúde. Quanto ao intervalo de 2020 a 2023, foi eleito em razão da atualidade e da maior disponibilidade de dados sobre o assunto.

A fim de verificar a influência da judicialização no orçamento municipal, foram selecionadas as demandas sobre saúde pública ajuizadas contra o município e a partir delas, foi traçado o perfil predominante, considerando, o ano, o número de ajuizamentos, os principais assuntos e a natureza das demandas (coletivas ou individuais). Também foram selecionadas informações sobre o custo das ações judiciais de saúde para o orçamento municipal, bem como

¹ Saúde no Brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas. Fundação Fernando Henrique Cardoso (FHC), 2021. Disponível em: <https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/?p=saude_param=1&gad_source=1&gclid=CjwKCAiA7t6sBhAiEiwAsaieYknzQsLcOQZD-voHFWj4FaGOB4oE25TXt7nrHIZsNBS7uk5_4m2IbRoCCD0QAvD_BwE>. Acesso em 09 de janeiro de 2024.

foi estabelecida uma relação entre os gastos delas provenientes e o valor orçamentário disponível para a área de saúde pública.

Quanto à metodologia, foi realizada pesquisa bibliográfica e, para coleta de dados, foram consultados sites, balanços e pesquisas publicadas por fontes oficiais do Estado, em especial os sites do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e da Prefeitura de São Paulo.

Os dados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), foram acessados em 21 de junho de 2024, na seção “Estatísticas”, “Litigiosidade no TJSP”, “Acesso ao Painel Saúde - Estatísticas de Casos Novos”, no endereço eletrônico <<https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estadistica/Saude>>.

A seção “Estatísticas” atende à Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 333/2020, disponibilizando relatórios estatísticos e painéis de business intelligence referentes às atividades do Tribunal de Justiça de São Paulo, sendo estes utilizados no presente trabalho.

Na delimitação dos dados do Município de São Paulo, nos painéis de business intelligence, foram considerados, no indicativo “Comarca”, a Capital, o Foro Central Cível, o Foro Central Criminal Barra Funda, o Foro Central Juizados Especiais Cíveis, o Foro Regional I - Santana, o Foro Regional II - Santo Amaro, o Foro Regional III - Jabaquara, o Foro Regional IV - Lapa, o Foro Regional V - São Miguel Paulista, o Foro Regional VI - Penha de França, o Foro Regional VII - Itaquera, o Foro Regional VIII - Tatuapé, o Foro Regional IX - Vila Prudente, o Foro Regional X - Ipiranga, o Foro Regional XI - Pinheiros, o Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó e o Foro Regional XV - Butantã.

Tendo em vista que o presente trabalho pretende analisar o fenômeno da judicialização no Município de São Paulo, bem como sua influência no orçamento municipal, as ações objeto de interesse eram aquelas em que a Municipalidade ocupava o polo passivo e, portanto, poderiam exercer influência financeira sobre o orçamento². Para isso, uma vez selecionada a localização de São Paulo e a Municipalidade como grupo da parte passiva, considerou-se que as respectivas informações referiam-se ao Município de São Paulo.

Quanto aos dados disponibilizados pela Prefeitura do Município de São Paulo, podem ser encontrados na seção “Secretaria de Saúde”, “Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde (DJES)”, “Relatórios”, disponíveis no endereço eletrônico <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/judicializacao_da_saude/index.php?p=323773>. Os dados foram acessados no dia 24 de junho de 2024 e coletados dos Relatórios Anuais da

² SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). Casos Novos de Saúde. TJSP, Estatísticas, Painel de Saúde. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estadistica/Saude>>. Acesso em 21 de junho de 2024.

Judicialização da Saúde dos anos de 2021 a 2023.

Os dados sobre os custos resultantes das demandas judiciais também foram retirados do site da Prefeitura do Município de São Paulo, na seção “Secretaria da Saúde”, “Prestação de Contas”, “Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA)”, disponíveis no endereço eletrônico <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/prestacao_de_contas/index.php?p=6163>. Foram consultados, em 10 de julho de 2024, os Relatórios de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º quadrimestre, dos anos de 2020 a 2023.

Durante a realização da pesquisa, surgiram dificuldades para encontrar e acessar os dados pretendidos. Nos sites oficiais, os bancos de dados não são padronizados – apresentando tabulações diferentes – e não estão concentrados, mas espalhados por diversos portais. Muitos não são de fácil acesso, alguns não estão atualizados e outros simplesmente não foram localizados. Quanto aos trabalhos acadêmicos sobre o tema, não havia uma padronização na forma de obtenção e análise dos dados (metodologia) – impossibilitando relacioná-los –, referiam-se a outras localidades e a períodos anteriores do pretendido, motivo pelo qual cogitou-se realizar um levantamento próprio de dados.

Entretanto, em razão da complexidade da temática escolhida, do volume de informações, da falta de conhecimento técnico e teórico para manejar as ferramentas necessárias, bem como do curto espaço de tempo para a elaboração do presente trabalho, o desenvolvimento de uma pesquisa jurimétrica mostrou-se inviável, de modo que se optou pela utilização de dados prontos, fornecidos pelos portais oficiais.

CAPÍTULO 1 – DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

1.1 Considerações sobre a evolução h do conceito de saúde na história ocidental

O estudo do Direito à Saúde e do Sistema de Saúde brasileiro é indissociável da compreensão do conceito de saúde adotado pela sociedade, uma vez que, longe de ser estático, ele é reflexo das conjunturas históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais de uma comunidade, estando, portanto, em constante transformação³. Nesse sentido, afirma Sueli Dallari:

[...] a escolha de um “modelo” de sistema de saúde envolve, necessariamente, a amplitude do conceito de saúde que impera na sociedade. A adoção dos sistemas de saúde nos Estados depende também do processo de reconhecimento constitucional do direito à saúde em seu território. E temas tão locais são grandemente influenciados pelo ambiente ideológico e cultural imperante na sociedade global.⁴

Assim, um breve apanhado histórico sobre a evolução conceitual da saúde ao longo da história ocidental mostra-se essencial para uma melhor compreensão da realidade do início do século XXI, bem como do fenômeno a ser estudado no presente trabalho.

Uma das primeiras formas de compreensão de saúde deu-se pela concepção mágico-religiosa, segundo a qual a doença era causada por forças alheias ao organismo humano e decorreria do cometimento de um pecado, de uma maldição ou de uma revolta por parte de uma divindade, como um indicativo de desobediência às ordens divinas⁵.

A medicina grega distanciou-se de maneira significativa dessa compreensão. O filósofo grego Hipócrates de Cós (460 - 377 a.C.), pai da medicina, traz ao estudo dessa área um viés racional, valorizando a observação empírica. Segundo ele, o ser humano era uma unidade organizada e a doença era sua desorganização. Ademais, sua concepção de saúde e de doença relacionava-se a fatores ambientais⁶, resultado de sua compreensão sobre a influência da cidade e do hábito de seus habitantes para a saúde⁷.

Durante a Idade Média, a influência da religião cristã volta a atrelar a concepção de saúde à fé e ao pecado. O cuidado com os doentes, muitas vezes, ocorria conforme as ordens

³ SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, abril de 2007. vol. 17. p. 29-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/>>. Acesso em 09 de janeiro de 2024. p. 30.

⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. O Sistema Único de Saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. 2. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/172/edicao-2/o-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 04 de janeiro de 2024.

⁵ SCLIAR, Moacyr. 2007. p. 30.

⁶ *Ibidem*. p. 33.

⁷ *Ibidem*. p. 30.

religiosas, que, inclusive, administravam o hospital, considerado um lugar de cura, abrigo e conforto para os doentes.

No período renascentista, a delineação do conceito contemporâneo de saúde pública praticamente correspondeu com o desenvolvimento do Estado Moderno⁸.

O médico e alquimista Paracelso, em linha semelhante a de Hipócrates, ressaltou a importância do mundo exterior – mais especificamente das leis físicas da natureza e dos fenômenos biológicos – para a compreensão do organismo humano e seu funcionamento, e demonstrou a relação entre o ambiente de trabalho e a ocorrência de determinadas doenças⁹.

Com a valorização da razão, o Iluminismo influenciou fortemente a estruturação da polícia médica; a elevação da prática das ciências médicas com a utilização do método científico; a aceitação de que caberia ao Estado controlar o exercício das práticas médico-farmacêuticas; além de beneficiar o planejamento da atividade estatal, o que, junto à exaltação dos direitos do homem, gerou maior atenção aos infortúnios das classes menos favorecidas¹⁰.

Já no século XVII, René Descartes, influenciado pelo desenvolvimento da mecânica, considerava o funcionamento do corpo semelhante ao de uma máquina¹¹ e, nesse sentido, a saúde era entendida como ausência de doenças¹². Também na Modernidade, o desenvolvimento da anatomia trouxe a compreensão de que a doença estaria localizada nos órgãos e não no humor, como anteriormente¹³.

Entre os séculos XVIII e XIX, o setor da “Polícia Sanitária” se desenvolveu como eixo de intervenção pública para a saúde. Esse conceito compreende o cumprimento legal obrigatório para a circunscrição das epidemias, uma necessidade preventiva, mas sua atuação e organização assemelhavam-se a do Estado policial e a aspectos da atividade repressiva estatal, de modo que, constantemente, a repressão voltava-se contra o doente ao invés de combater a doença. Ademais, nesse período, a noção de perigo social foi utilizada mais como justificativa para exercer controle sobre as pessoas do que efetivamente como medida de prevenção¹⁴.

No século XIX, foi enfatizado o caráter mecanicista da doença, retomando a vertente

⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. Revista de saúde pública. São Paulo, 1988. vol. 22, p. 57-63. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbfN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 08 de fevereiro de 2024. p. 58

¹⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹¹ SCLIAR, Moacyr. 2007. p. 34.

¹² DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹³ SCLIAR, Moacyr. 2007. p. 34.

¹⁴ BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: Hucitec, Cebes, 1988. ISBN 85-271-0058-4. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/A-doenca.pdf>>. Acesso em 08 de fevereiro de 2024. p. 82.

defendida por Descartes. Na sociedade industrial, marcada pelo predomínio da máquina, a doença era explicada como um defeito na linha de montagem, entendimento corroborado pelos trabalhos de Pasteur e Koch, os quais, por meio da comprovação da teoria sobre a etiologia das doenças, explicariam as referidas falhas¹⁵.

Ainda durante a Revolução Industrial, Engels, ao estudar as condições de vida dos trabalhadores ingleses, concluiu que o nível de saúde da população era influenciado diretamente pela cidade, hábitos e ambiente de trabalho, retomando a ideia de saúde atrelada à influência de fatores externos.

Assim, segundo Sueli Gandolfi Dallari, no auge da Revolução Industrial, são reveladas as duas grandes correntes que pretendem conceituar a saúde. De um lado, a compreensão de saúde atrelada diretamente a variáveis relacionadas ao meio ambiente, trabalho, alimentação e moradia – enfatizada por grupos em condições de miséria e marginais ao processo de produção – e, de outro lado, a concepção de saúde enquanto ausência de doenças – favorecida pela descoberta de organismos causadores de doenças e pela produção de remédios¹⁶.

No século XX, após a ocorrência de duas Grandes Guerras, foi forjado um consenso aparente, de modo que a sociedade, em 1944, sentiu a necessidade de firmar um novo pacto, personificado na Organização das Nações Unidas (ONU). Esse pacto fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem e, ao mesmo tempo, incentivou a criação de órgãos voltados a garantir alguns desses direitos humanos, como é o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS) – órgão especial da ONU dedicado à garantia e promoção do direito à saúde.

Em 1946, o preâmbulo da Constituição da OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹⁷. Essa noção é norteadada por princípios como Igualdade; Fomento e Desenvolvimento da Proteção à Saúde; Conhecimento, todos os povos devem compartilhar conhecimentos médicos; Informação; e, por fim, Responsabilidade Estatal, segundo o qual o governo tem responsabilidade pela saúde de seu povo e deve adotar medidas sociais e sanitárias adequadas¹⁸. Sobre essa concepção, afirma Leonardo Araújo:

Com o tempo, a percepção de plena saúde deixou de exprimir tão somente um contraponto à ideia de anormalidade do corpo físico ou de doença propriamente dita,

¹⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948 [Constituição da Organização Mundial da Saúde]. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Rio de Janeiro: 17 de dezembro de 1948.

¹⁸ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. Direito à saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/direito-a-saude_5a85fe85cb583.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2024. p. 6.

passando a alcançar uma dimensão mais ampla, que abarca, além de aspectos orgânicos, outros fatores essenciais ao pleno exercício das potencialidades humanas, como o bem-estar mental e emocional e as condições do meio ambiente em que se vive.¹⁹

Assim, esse conceito de saúde evidencia o reconhecimento da relevância do equilíbrio do ser humano em relação a si mesmo e ao ambiente, posto como bem-estar físico, mental e social, em linha semelhante à adotada nos estudos de Hipócrates, Paracelso e Engels²⁰.

Complementando o entendimento da Constituição da OMS, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, realizada em Alma-Ata, pactuou a política de Saúde para Todos no Ano 2000, influenciando expressivamente as diretrizes de saúde adotadas pelo Brasil²¹.

A Conferência reiterou a saúde enquanto direito fundamental, afirmou ser responsabilidade dos governos a saúde de seus povos²², articulou a noção de sistema de saúde, defendeu um modelo de integralidade e trouxe a ideia de articulações intersetoriais²³. Sua importância deve-se ao destaque global dado à atenção primária, explicitando um modelo de saúde para todos, em uma concepção de universalidade. A esse respeito, afirma Isabel Mendes:

Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas.²⁴

Na segunda metade do século XX, o Estado de Bem-estar Social responsabiliza-se pela implementação da prevenção sanitária, considerando a interdependência entre a saúde e as

¹⁹ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. Saúde pública: evolução do modelo brasileiro e interfaces com o direito à felicidade. In: BRANCO, Paulo Gustavo Gonet *et al* (org.). Direitos Fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: ESMPU, 2020, vol. 1. p. 411-436. Disponível em: <https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/obras-avulsas/e-books-esmpu/direitos-fundamentais-em-processo-2013-estudos-em-comemoracao-aos-20-anos-da-escola-superior-do-ministerio-publico-da-uniao/23_saude-publica.pdf>. Acesso em 05 de janeiro de 2024. p. 411.

²⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²¹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 6.

²² GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria. Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. p. 493-545. In: GIOVANELLA, Lígia *et al*. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-23.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2024.

²³ FACCHINI, Luiz Augusto. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. [Entrevista concedida ao] Portal Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Portal Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Notícias, 2018. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios#:~:text=Naquele%20momento%2C%20conforme%20defesa%20feita,aus%C3%Aancia%20de%20doen%C3%A7as%20ou%20enfermidade%E2%80%9D>>. Acesso em 22 de janeiro de 2024.

²⁴ MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Editorial. Revista Latino Americana de Enfermagem. vol. 12. mai./jun., 2004. p. 447-448. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHqrm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 22 de janeiro de 2024.

condições de trabalho. São instituídos os sistemas de seguridade social, que não se restringem aos cuidados dos doentes e englobam as áreas de assistência, previdência social e saúde pública. Assim, a responsabilidade é identificada como sendo, *a priori*, do Estado, havendo grande investimento estatal nessas áreas²⁵.

No final do século, porém, com a influência do relativo insucesso das políticas públicas de prevenção, incapazes de superar os obstáculos da exclusão social, e do reconhecimento da relevância de condutas individuais nas condições de saúde, surgiu uma nova concepção de saúde pública. Segundo Sueli Dallari, o predomínio do neoliberalismo gerou a redução da atuação estatal na sociedade em detrimento a organizações da sociedade civil e à própria responsabilidade individual²⁶. As estruturas do Estado relacionadas à prevenção sanitária passaram a ter suas prioridades estabelecidas não mais de acordo com dados epidemiológicos, mas em razão, principalmente, da análise econômica de custo e benefício, mudança que implica, muitas vezes, na ausência de prevenção.

Por fim, no início do século XXI, permanece a disputa ideológica sobre a responsabilidade pela garantia da saúde, mas, no campo científico, há pacificação sobre a amplitude do conceito de saúde, envolvendo tanto características mais voltadas ao campo biológico, quanto aquelas diretamente dependentes da organização social. Tal clareza, porém, não impede o reconhecimento da importante dificuldade técnica para que todos os aspectos envolvidos nesse conceito sejam abordados.

1.2. Panorama histórico do direito à saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 (CF) cria e detalha, em seu texto, o sistema de saúde brasileiro, estabelecendo diretrizes e o caminho a ser percorrido para que sejam alcançadas. Tal ineditismo na história brasileira precisa ser compreendido tanto no contexto imediato, de elaboração do texto constitucional, quanto a partir das experiências nacionais anteriores, referentes à organização do sistema sanitário e no reconhecimento formal do direito à saúde, com referências normativas direta ou indiretamente relacionadas à saúde²⁷.

Desde o século XVI²⁸, como parte da estratégia de colonização do território brasileiro,

²⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 412.

a congregação religiosa, Irmandade de Misericórdia, vinculada à igreja católica, instalou-se em todas as regiões do país, sendo a fundação de filiais da Misericórdia concomitante à criação das primeiras cidades²⁹. Por meio das Santas Casas de Misericórdia, a congregação exercia tripla função: missionária, trabalho de caridade e prática médica³⁰. Em termos sociais, contribuir para as Casas de Misericórdia era considerado demonstração da generosidade cristã, conferindo prestígio social e o título de “homem bom” aos doadores³¹.

Assim, tanto no Período Colonial quanto no Período Imperial, não houve qualquer modelo minimamente estruturado de saúde pública. Nesse sentido, destaca Sanglard:

O Brasil [...] encontrou na Irmandade da Misericórdia – ainda que se tratasse de instituição privada – o espaço público de atendimento e acolhimento. [...] Na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República, a Santa Casa da Misericórdia manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil.³²

No período da República Velha (1889 a 1930), notou-se a necessidade de transformações urbanísticas e sanitárias, ao menos nas áreas com maior aglomeração populacional e em regiões portuárias³³. Esse movimento sanitarista tinha como foco a desinfecção de espaços públicos e a realização de programas obrigatórios de vacinação e, como estratégia de atuação, era realizado o “Sanitarismo Campanhista”. Como o próprio nome sugere, o modelo de Campanhas Sanitárias “é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnológicas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social”³⁴.

Simultaneamente a esse movimento, a partir de 1920, desenvolveu-se, paulatinamente, no Brasil, um modelo de assistência médica individual atrelado ao sistema previdenciário³⁵.

Com a Lei Eloy Chaves (Decreto 4.682/1923), a primeira norma a instituir a Previdên-

²⁹ GONÇALVES, Aline Moreira. Dos porões ao hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX. Orientadora: Dra. Maria Stella Brandão Goulart. 2014. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. p. 63.

³⁰ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 412.

³¹ FREYRE, Gilberto. Ordem e progresso. 6. ed. São Paulo: Global, 2000. ISBN: 978-85-260-0836-6.

³² SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anaismp/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em 05 de janeiro de 2024. p. 259.

³³ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 414.

³⁴ LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, 1991. p. 77-96. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/hkt7TRS9SPNW4yrFGgnFkPG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2024. p. 78 e 79.

³⁵ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 414.

cia Social no Brasil³⁶, a ideia de proteção social começa a tomar forma³⁷. Por meio dela foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)³⁸, organizações de seguro social estruturadas por empresas³⁹, de natureza civil e privada, que garantiam, além dos benefícios previdenciários, assistência médica e farmacêutica aos empregados das respectivas empresas⁴⁰. Elas eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores⁴¹, sem a participação do Estado⁴².

Ao longo da década de 1930, o modelo das CAPs foi impulsionado e fortalecido por meio da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁴³. Os IAPs possuíam natureza jurídica de autarquia federal, organizavam-se por categorias profissionais, ao invés de empresas, e cada um deles possuía um fundo próprio, financiado de modo tríplice (empregado, empregador e Estado). Além dos benefícios, os IAPs prestavam serviços de saúde, internação hospitalar e atendimento ambulatorial⁴⁴.

Assim, os anos iniciais do século XX, com as CAPs e os IAPs, evidenciam um sistema de saúde voltado apenas ao atendimento de empregados formais⁴⁵. Aos demais indivíduos restava recorrer à assistência médica privada, à qual a maioria da população não tinha direito, dependendo de caridade para recebê-la⁴⁶. Nesse sentido, as Santas Casas continuaram a ser as responsáveis por prestar essa assistência ao restante da sociedade, sendo sua atuação de enorme relevância prática⁴⁷.

Esse período foi um marco importante para o processo de separação dos espaços de exercício da medicina e de estrita benevolência, ao mesmo tempo em que o Estado inicia a estruturação da assistência hospitalar e da saúde pública como um todo⁴⁸, sendo colocadas as

³⁶ MARTINS, Sergio Pinto. *Direito da Seguridade Social - Direito Previdenciário*. 41. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN 978-65-5362-615-7 (e-book). p. 21.

³⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 22.

⁴⁰ CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. *Sistema Único de Saúde: princípios*. p. 285-304. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. ISBN: 85-334-0408-5. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2024. p. 286.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 21.

⁴³ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 414.

⁴⁴ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 22.

⁴⁵ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 414.

⁴⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁴⁷ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 414.

⁴⁸ SANGLARD, Gisele. *A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização*. Esboços: histórias em contextos globais. vol. 13, n. 16, p. 11-33, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>>. Acesso em 04 de março de 2024.

duas bases da política sanitária, ainda hoje notadas: a saúde pública, voltada para a erradicação de doenças, e a assistência médica previdenciária, de caráter individual⁴⁹.

Em 1966, com a unificação de todos os institutos⁵⁰ no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), os benefícios foram uniformizados⁵¹ e foi consolidado, institucionalmente, o modelo de saúde médico-assistencialista⁵².

A nova política de saúde era orientada para a capitalização da medicina e para o privilégio do produtor privado de serviços médicos⁵³. Quanto aos gastos na área da saúde, era dada “ênfase à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo”⁵⁴.

Destaca Madel Luz que a política de saúde adotada no período de 1968 a 1975 trouxe uma série de efeitos e consequências institucionais sociais, em especial:

[...] a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva [...]; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela [...]. Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população.⁵⁵

No ano de 1977, o INPS, permanecendo com a competência de concessão de benefícios⁵⁶, foi desmembrado, originando o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Lei 6.439/197)⁵⁷, que assume a área de assistência médica (curativa)⁵⁸, atendendo apenas os que possuíam carteira assinada e contribuíam com a Previdência Social⁵⁹. Posteriormente, em 1990, a fusão do INPS com o Instituto de Administração Financeira da

⁴⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁵⁰ MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 08 de março de 2024. p. 79.

⁵¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁵² SILVA, Edmilson Guimarães da. Evolução das políticas de Saúde Pública no Brasil, concepção e implantação do SUS e modelos de assistência à saúde em Campina Grande (PB). Orientador: José Heleno Rotta. Dissertação (Mestrado) - Curso de Economia da Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 1998. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/8975>>. Acesso em 22 de janeiro de 2024. p. 8.

⁵³ SILVA, Edmilson Guimarães da. 1998. p. 8.

⁵⁴ CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. 2001. p. 291 e 292.

⁵⁵ LUZ, Madel Therezinha. 1991. p. 82.

⁵⁶ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 415.

⁵⁷ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

⁵⁸ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 415.

⁵⁹ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

Previdência e Assistência Social, deu origem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)⁶⁰.

Na década de 70, foi intensificada a prática de compra de serviços de assistência médica no setor privado, por meio de convênios com os entes públicos, e foi criado um relevante setor hospitalar privado, subsidiado amplamente por recursos públicos⁶¹. Afirmam Menicucci:

Aspecto importante dessa origem, que também explicará um dos problemas posteriores, diz respeito ao crescimento da assistência da previdência social, que amplia gradativamente sua cobertura [...] o que significou a expansão muito grande também da assistência médica. A opção política dos governos para dar conta dessa ampliação de cobertura foi não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada. Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para a construção de unidades hospitalares.⁶²

Nos anos 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária defendia mudanças estruturais na saúde pública, em especial o acesso universal, gratuito e integral aos serviços de saúde⁶³, e não mais a saúde sob uma perspectiva individual⁶⁴; criticava os modelos hospitalocêntrico e biologicista e propunha ênfase e prioridade nos cuidados primários e no setor público⁶⁵. Tratava-se da construção de “uma nova proposta para a saúde e de uma nova proposta de sociedade”⁶⁶. Sérgio Arouca sintetiza a essência da Reforma Sanitária nos seguintes termos:

[...] ela [a Reforma Sanitária] não é um projeto administrativo, só. Não é um projeto técnico-gerencial, só. Não é um projeto técnico-científico, só. Também é. Mas o projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.⁶⁷

A Reforma, portanto, pretendia ser mais do que uma mera inovação setorial, fazer parte de um processo mais amplo, voltado para a valorização das garantias fundamentais e para a retomada da participação popular no âmbito das políticas públicas atreladas a direitos sociais, com destaque para as áreas de saúde, trabalho, educação e moradia⁶⁸.

⁶⁰ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 415, nota de rodapé nº 10.

⁶¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁶² MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. 2014. p. 79.

⁶³ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

⁶⁴ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 416 e 417.

⁶⁵ FRANÇA, Susete Barboza. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, n. 3, p. 85-100, jul./set., 1998. Disponível em:

<<https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/1497/1/1998%20Vol.4%20cn.3%20Fran%20a7a.pdf>>. Acesso em 05 de março de 2024. p. 92.

⁶⁶ SOUZA, Arlindo Fábio Gomez de. SUS: Revendo a trajetória - Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. [Informação verbal transcrita em artigo de] Álvaro Nascimento. Revista Radis - Fiocruz, n. 20, p. 5-8, fev., 2001. Disponível em: <<https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=fiotempro&pagfis=1628>>. Acesso em 08 de março de 2024. p. 6.

⁶⁷ AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. SUS: Revendo a trajetória - Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. [Informação verbal transcrita em artigo de] Álvaro Nascimento. *Op cit.*, p. 6.

⁶⁸ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 417.

O Movimento Sanitarista culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e considerada um marco para a história da saúde brasileira⁶⁹, defendendo a criação de um sistema único de saúde.

As discussões e propostas da 8ª Conferência de Saúde e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária repercutiram na Constituinte e serviram de subsídio para os legisladores, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da nova Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988⁷⁰.

Assim, a Constituição de 1988, ao prever um amplo modelo de prestação do direito social à saúde, trouxe uma reviravolta ideológica e institucional no tratamento dessa temática no ordenamento jurídico brasileiro⁷¹, contribuindo para um olhar mais global e social e aderindo à tendência “epidemiológica social/crítica”, em contraposição ao antigo modelo, baseado no seguro social e às perspectivas biologicista e hospitalocêntrica⁷².

O projeto do Sistema Único de Saúde, arrojado já para a época, é implementado de forma gradual e em um processo contínuo, que perdura até hoje⁷³, assim como as dificuldades para a compreensão de seus objetivos, extensões e limites⁷⁴. Mesmo com seus problemas e desafios, a operação do SUS em todos os municípios do país representa um grande avanço sem precedentes no cenário brasileiro, sendo o art. 196 da Constituição Cidadã “o embrião do desenvolvimento de um sistema de saúde destinado a todos e gratuito em sua integralidade”⁷⁵.

1.3. Da Ordem Social na Constituição Federal de 1988

Após tantos anos de exclusão da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988, rompendo com o viés autoritário do regime anterior, adota um modelo de Estado Social Democrático e de Direito, com especial preocupação na realização da justiça social⁷⁶. Ademais, na medida em que foi se consolidando, o texto constitucional, além da supremacia formal, passou a desfrutar de uma supremacia material, axiológica, ingressando “na paisagem jurídica

⁶⁹ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 418.

⁷² *Ibidem*. p. 417.

⁷³ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

⁷⁴ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 11.

⁷⁵ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

⁷⁶ ZOCKUN, Carolina Zancaner. Da Intervenção do Estado no Domínio Social. Coleção Temas de Direito Administrativo, 21. São Paulo: Malheiros, 2009. ISBN: 978-85-7420-948-7. p. 27.

do país e no discurso dos operadores jurídicos”⁷⁷.

Em decorrência de o Brasil ser um Estado de Direito Social e Democrático, a Constituição Federal trouxe, em suas previsões, um título dedicado, com exclusividade, às questões sociais, a Ordem ou Domínio Social (Título VIII), baseada no trabalho e voltada para o alcance do bem-estar e da Justiça Social, nos termos do art. 193. Assim, a atuação estatal de intervenção no domínio social está atrelada à concretização dos fins de bem-estar e de justiça social, metas obrigatórias a serem alcançadas⁷⁸.

O bem-estar social pode ser entendido como a garantia, a todos, da satisfação das necessidades vitais, qualitativa e quantitativamente, conforme a possibilidade de concretização e a filosofia de vida de cada comunidade, variável no espaço e no tempo⁷⁹.

Quanto à Justiça Social, trata-se de um importante vetor interpretativo que evidencia o dever de reflexão a respeito da relação entre o indivíduo e a sociedade, entre os direitos individuais e os direitos sociais. O art. 170 da Constituição, ao se referir aos princípios da Ordem Econômica, traz a concepção da justiça social vinculada às noções de valorização do trabalho, livre iniciativa e dignidade⁸⁰.

Assim, para a garantia dos direitos sociais e dos objetivos previstos no art. 193 da Constituição, o Estado tem o dever de intervir na Ordem Social. Nas palavras de Zockun:

[...] a intervenção estatal no domínio social institui um dever inescusável quando sua atuação visa fornecer meios para que os administrados possam ter acesso integral a *educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados*.⁸¹

Dessa forma, sem a garantia da prestação adequada dos referidos direitos sociais, não é possível que o bem-estar e a justiça social, finalidades da ordem social, sejam atingidos.

No texto constitucional, a Ordem Social (Título VIII) encontra-se apartada da Ordem Econômica e Financeira (Título VII) e do capítulo dos Direitos Sociais (Capítulo II, do Título II)⁸². Essa organização do texto constitucional é objeto de críticas por parte de autores como José Afonso da Silva⁸³ e Sérgio Pinto Martins⁸⁴, entretanto, os autores concordam que não há

⁷⁷ BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 11. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN 978-65-5362-526-6 (Impresso). p. 128.

⁷⁸ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 35.

⁷⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 8.

⁸⁰ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 8 e 9.

⁸¹ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 34.

⁸² *Ibidem*. p. 33

⁸³ SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 32. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009. ISBN 978-85-7420-929-6. p. 285.

⁸⁴ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 29.

uma dissociação entre os direitos sociais e a ordem social.

Para José Afonso da Silva, apesar de essa disposição do texto constitucional não atender aos melhores critérios metodológicos, possibilita que, no art. 6º, seja extraída a substância dos direitos relacionados a cada um dos objetos sociais, enquanto que, na ordem social, sejam conhecidos seus mecanismos e aspectos organizacionais⁸⁵.

Para Sérgio Pinto Martins os direitos dos trabalhadores, presentes no capítulo dos Direitos Sociais (Capítulo II do Título II), deveriam ser incluídos no título da Ordem Social, por serem pertinentes ao referido título, juntamente com as demais disposições da Seguridade Social, e não se coadunarem tanto com os direitos e garantias fundamentais⁸⁶.

Carolina Zockun, por outro lado, entende, em última análise, que a Constituição, ao trazer a Ordem Social, abordou, além dos instrumentos de implementação e a organização de alguns direitos sociais previstos no art. 6º – como saúde (arts. 196 a 200), previdência social (arts. 201 e 202), assistência social (arts. 203) e educação (arts. 205 a 214) –, outros assuntos que não se relacionam diretamente aos direitos sociais – como é o caso da ciência e tecnologia (arts. 218 e 219), comunicação social (arts. 220 a 223) e meio ambiente (art. 225) –, sendo dever do Estado intervir na ordem social para garantir sua efetivação⁸⁷.

Por fim, é necessário ter em vista que a Ordem Social é indissociável à Ordem Econômica, estando as duas voltadas para a realização da justiça social e concretização de um Estado Social⁸⁸. O desafio que se impõe é o estabelecimento de metas para a concretização dos direitos fundamentais, em especial os previstos no art. 6º da Constituição, mediante uma relação equilibrada na organização político-administrativa do Estado, conduzindo ao desenvolvimento social gradual e harmônico, de acordo com os princípios democráticos⁸⁹.

1.3.1. Sistema de Seguridade Social e Constituição de 1988

Inserido na Ordem Social, encontra-se o direito à saúde, que, ao contrário de outros direitos sociais, como a educação, não é tratado como uma política pública isolada no arranjo constitucional, mas é inserido em um sistema protetivo integrado, denominado Seguridade

⁸⁵ SILVA, José Afonso da. 2009. p. 285.

⁸⁶ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 29.

⁸⁷ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 34 e 35.

⁸⁸ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 36.

⁸⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 8.

Social⁹⁰, previsto em seu art. 194, *caput*⁹¹.

Da leitura do referido artigo, é possível depreender que o Sistema de Seguridade Social é um conjunto de ações integradas de iniciativa do Poder Público e da sociedade, com a finalidade de assegurar direitos relativos às áreas de saúde, previdência social e assistência social⁹². Ele engloba um “conceito amplo, abrangente e universal, destinado a todos que dela necessitem, desde que haja previsão na lei sobre determinada contingência a ser coberta”⁹³. Nas palavras de Sérgio Pinto Martins, o Direito à Seguridade Social pode ser entendido como:

[...] o conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.⁹⁴

A expressão “conjunto”, utilizada no artigo 194, revela que a Seguridade Social é um sistema, uma vez que é formada por várias partes organizadas⁹⁵, e sua inovação advém da criação de três estruturas distintas (saúde, previdência e assistência social) dentro da seguridade social e financiadas por toda a sociedade, de forma direta ou indireta⁹⁶. Trata-se da criação de “um verdadeiro direito unificado à proteção social” (não apenas um “tripé de direitos”), devendo ele ser assegurado pelo Estado por meio da atuação nas três referidas áreas, bem como da articulação entre elas⁹⁷.

A escolha pela articulação dos direitos à saúde, previdência e assistência sociais na nova ordem constitucional democratizante aponta para uma busca constante pela “universalização da cidadania”⁹⁸. Nas palavras de Sonia Fleury:

No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais. [...] O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das

⁹⁰ PINTO, Élica Graziane. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2015. ISBN 978-85-7700-921-3. p. 84 e 85.

⁹¹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 18 ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023. ISBN 978-65-5362-447-4. p. 362.

⁹² WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 9.

⁹³ MARTINS, Sérgio Pinto. 2023. p. 29.

⁹⁴ MARTINS, Sérgio Pinto. 2023. p. 28.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 9.

⁹⁷ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 85.

⁹⁸ FLEURY, Sonia. Políticas sociais e democratização do poder local. In: VERGARA, Sylvia C.; CORRÊA, Vera Lucia de A.(org.). Propostas para uma gestão pública municipal efetiva. Rio de Janeiro: FGV, 2003. ISBN: 85-22 5-0419-9. p. 100 e 101.

ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.⁹⁹

Quanto à nomenclatura, Fábio Leopoldo de Oliveira e Evaristo de Moraes Filho são adeptos do uso da expressão “segurança social”. Mas a Constituição de 1988 adota um posicionamento claro ao utilizar a expressão “segurança” para referir-se à segurança pública e à finalidade de preservação da ordem pública (art. 144), diferentemente da expressão “seguridade”, empregada em seus arts. 194 a 204¹⁰⁰. Esclarece Sérgio Pinto Martins:

Para certos autores, seria incorreto falar-se em seguridade social, pois se trata de um estrangeirismo, advindo do espanhol *seguridad*, que significa, nessa língua, segurança. Daí se dizer que o termo correto deveria ser segurança social, tanto que em Portugal utiliza-se esta expressão. Mesmo na língua inglesa, a palavra security não quer dizer “seguridade”, mas “segurança”. Basta lembrar a expressão national security, que quer dizer “segurança nacional”. [...]

“Seguridade” provém do latim securitate(m), decorrente de securitas. Não se trata, portanto, de castelhanismo, mas palavra que caiu em desuso e foi agora empregada na Constituição.

A expressão “seguridade social” mostra uma concepção de provisão para o futuro, enquanto a expressão “segurança social” dá a ideia de presente.¹⁰¹

A ideia essencial do Sistema de Seguridade Social é garantir, aos indivíduos e seu núcleo familiar, meios mínimos de manutenção de suas necessidades básicas, proporcionando-lhes tranquilidade, com um nível de vida minimamente aceitável, no presente e, principalmente, no futuro, independentemente de contribuição. Busca-se garantir, assim, que sua qualidade de vida não seja diminuída em momentos de adversidades, como por exemplo nos casos de idade avançada, invalidez, morte, enfermidade, desemprego e tratamento médico¹⁰².

Tais necessidades que o sistema visa a suprir são consideradas sociais porque “desde que não atendidas irão repercutir sobre outras pessoas e, por consequência, sobre a sociedade inteira”¹⁰³. A própria Organização Internacional do Trabalho entende que a Seguridade Social é parte da proteção social como um todo. Dessa forma, o sistema possui característica de distribuição de renda¹⁰⁴.

Merece destaque, por fim, breves considerações sobre as espécies pertencentes ao gênero da Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.

A Previdência Social é um seguro social, portanto, caracteriza-se pelo caráter

⁹⁹ *Ibidem*. p. 101 e 102.

¹⁰⁰ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 28.

¹⁰¹ *Ibidem*. p. 28.

¹⁰² MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 28.

¹⁰³ *Ibidem*. p. 29.

¹⁰⁴ *Ibidem*. p. 29 e 33.

contributivo e a filiação obrigatória. Em outras palavras, para que os segurados tenham direito aos benefícios, é preciso o pagamento de contribuições, além da ocorrência, na realidade fática, de contingências abrangidas pela cobertura, como é o caso de doença, velhice, desemprego e proteção à maternidade, dentre outras.

A Assistência Social está voltada para o atendimento dos hipossuficientes e de quem dela necessitar, destinando benefícios independentemente de contribuição dos destinatários ao sistema¹⁰⁵. Tem como destaque de atuação a proteção da família, maternidade, infância, adolescência, velhice, integração ao mercado de trabalho, habilitação e reabilitação de Pessoas com Deficiência, bem como sua inserção e integração na vida em comunidade¹⁰⁶.

O Direito à Saúde, por fim, é um direito fundamental, gratuito e universal, que visa a garantir aos indivíduos e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Sua finalidade é a redução dos riscos de doenças e outros agravos, por meio de uma política social e econômica que proporcione ações e serviços voltados para a prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos¹⁰⁷.

Assim, a organização da Seguridade Social foi planejada para alcançar os objetivos fundamentais previstos no art. 194, parágrafo único, da CF, dentre os quais destacam-se a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência das ações e serviços de saúde às populações das zonas rural e urbana, equidade na forma de participação no custeio; diversidade na base de custeio; e caráter democrático e descentralizado da administração¹⁰⁸.

1.3.2. Direito à saúde e Constituição Federal de 1988

As normas constitucionais possuem conteúdo material e axiológico que repercutem em todo o ordenamento jurídico com força normativa. Os valores, as finalidades públicas e os comportamentos previstos nos princípios e regras constitucionais indicam a validade e o sentido de todas as normas do direito infraconstitucional. A Constituição, assim, além de um sistema em si, passa a ser uma lente, pela qual se interpreta todos os ramos do Direito¹⁰⁹. Nas palavras do Ministro Roberto Barroso:

¹⁰⁵ *Ibidem*. p. 29.

¹⁰⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 10.

¹⁰⁷ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 29.

¹⁰⁸ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 85 e 86.

¹⁰⁹ BARROSO, Luís Roberto. 2023. p. 126 e 128.

Em suma: a Constituição figura hoje no centro do sistema jurídico, de onde irradia sua força normativa, dotada de supremacia formal e material. Funciona, assim, não apenas como parâmetro de validade para a ordem infraconstitucional, mas também como vetor de interpretação de todas as normas do sistema.¹¹⁰

Por esse motivo, determinar o sentido e o alcance do direito constitucional à saúde é essencial para compreender sua repercussão por todo o ordenamento jurídico e sua posição em relação aos demais direitos sociais.

O direito à saúde é primário, absoluto e inviolável: é a partir de sua garantia que o exercício dos demais direitos é possível¹¹¹. Sem o direito à saúde, o próprio direito à vida é colocado em risco¹¹². Por esse motivo, é considerado um direito fundamental e, nas palavras de Ingo Sarlet, um direito “tão fundamental que mesmo em países nos quais não está previsto expressamente na Constituição chegou a haver um reconhecimento da saúde como direito fundamental não-escrito”¹¹³.

Anteriormente à Constituição de 1988, o direito à saúde não era tratado em sua forma universal¹¹⁴, apenas tangenciado em disposições esparsas nos textos constitucionais¹¹⁵. Inclusive, chegou a ser restrito aos segurados de institutos previdenciários e, em outras ocasiões, a ser confundido com benefício social, considerado como caridade do Estado¹¹⁶.

A inclusão do direito à saúde como direito social fundamental¹¹⁷ na Constituição de 1988 representa uma “clara escolha de fortalecimento e de implementação de políticas públicas direcionadas à efetividade substancial de uma democracia que pretendia se fazer inclusiva (e não apenas supostamente ‘meritocrática’, como outrora)”¹¹⁸.

Além de integrar o rol de direitos sociais do art. 6º e o art. 196, o direito à saúde é mencionado em diversos dispositivos do texto constitucional, com destaque para o art. 7º, IV, segundo o qual o salário mínimo deve atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família (incluindo a saúde); o art. 23, II, estabelece a competência comum a todos os entes

¹¹⁰ *Ibidem*. p. 129.

¹¹¹ LEAL, Rogério Gesta. A efetivação do direito à saúde por uma jurisdição-serafim: limites e possibilidades. A&C - Revista de Direito Administrativo e Constitucional. Belo Horizonte, vol. 6, n. 25. p. 25-40, jul./set. 2006. ISSN 1516-3210. Disponível em: <<https://revistaec.com/index.php/revistaec/article/view/424>>. Acesso em 08 de janeiro de 2024. p. 26.

¹¹² ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 69.

¹¹³ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. Revista Interesse Público. Sapucaia do Sul, Notadez, vol. 3, n. 2, p. 91-107, out./dez., 2001.

¹¹⁴ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 69 e 70.

¹¹⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 362.

¹¹⁶ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 69 e 70.

¹¹⁷ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 362.

¹¹⁸ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 418.

federativos de cuidar da saúde; o art. 24 estabelece a competência concorrente entre a União, Estados e o Distrito Federal (DF) para legislar sobre a defesa da saúde; o art. 30, VII, estabelece aos Municípios o dever de prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação da União e dos Estados; o art. 227 estabelece o dever da família, da sociedade e do Estado assegurar o direito à saúde a crianças e adolescentes, com absoluta prioridade¹¹⁹.

O art. 196 da Constituição traz o núcleo constitucional do direito à saúde, sendo necessária uma leitura conjunta a dispositivos infraconstitucionais para uma melhor compreensão do tema. Nas palavras de Werner:

[...] pode-se constatar que muitas dúvidas geradas no decorrer da investigação do sentido e alcance da norma constitucional vão encontrar soluções fixadas nas normas infraconstitucionais.

Se por um lado, reside aqui o perigo de se inverter a ordem da interpretação, ou seja, interpretar a Constituição de acordo com a legislação ordinária, por outro, há de se considerar que a legislação deve ser utilizada para preencher de forma legítima os conteúdos abertos e imprecisos estabelecidos na Constituição.¹²⁰

O direito constitucional à saúde, em concordância ao entendimento da OMS¹²¹, tem como finalidade assegurar a promoção do bem-estar físico, mental e social do indivíduo e de toda coletividade¹²², assim como prevenir e reduzir os riscos de agravos à saúde¹²³, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹²⁴

Assim, a concepção de saúde não se limita à ausência de doenças¹²⁵, mas relaciona-se a vários fatores determinantes, como vida saudável, alimentação e moradia adequadas, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (art. 3º da Lei 8.080/1990, Lei Orgânica de Saúde – LOS). Evidente, assim, a relação entre os demais direitos sociais e a saúde, sendo esta primordial para a existência de uma vida digna¹²⁶.

A menção a um “direito de todos”, na redação do art. 196 da CF, demonstra que estamos

¹¹⁹ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 70.

¹²⁰ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32.

¹²¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹²² RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos. 10. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN: 978-65-536-2640-9 (e-book). p. 529.

¹²³ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 29.

¹²⁴ BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Assembleia Nacional Constituinte, 1988.

¹²⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹²⁶ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 73.

diante de um direito individual e de um direito coletivo de proteção à saúde¹²⁷. Em sua dimensão individual, envolve aspectos como a liberdade de escolha sobre como pretendem viver, os recursos sanitários a que recorrerão ao adoecerem, o tipo de tratamento e a liberdade profissional¹²⁸.

Em seu aspecto social, a igualdade é privilegiada, por meio de limitações aos comportamentos humanos a fim de que “todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade”¹²⁹. Nesse sentido, existem normas relacionadas à vacinação, notificação, tratamento, controle de condições de trabalho e do meio ambiente, entre outras. A garantia à oferta de cuidados de saúde do mesmo nível para todos aqueles que dela necessitam também é parte da exigência da igualdade¹³⁰, assim como a garantia a todos de viverem em um ambiente saudável e equilibrado, sem o risco de epidemias e outros prejuízos à saúde¹³¹.

Segundo Sueli Dallari, somente em um Estado com alto grau de desenvolvimento haverá condições para que o indivíduo seja verdadeiramente livre para procurar um completo bem-estar e participar da escolha de seu tratamento, assim como para que o Poder Público possa garantir a todos os indivíduos o acesso às mesmas medidas de proteção, cuidado e recuperação da saúde¹³².

O texto constitucional, assim, definiu, de maneira forte, a acepção subjetiva e objetiva do direito à saúde¹³³, deixando pouco espaço para dúvidas: a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo caracterizada pela universalidade, integralidade e equidade¹³⁴.

Na acepção subjetiva, qualquer indivíduo pode exigir o cumprimento de seu direito de acesso universal e gratuito às ações e serviços públicos de saúde, e, se necessário, o Poder Judiciário pode ser acionado (art. 5º, XXXV, da CF)¹³⁵. Nesse sentido, o Ministro Relator Celso de Mello (Agravio Regimental no Recurso Extraordinário 271.286-8/RS) destacou que o direito à saúde, enquanto direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, conduz o Estado e o indivíduo a uma relação jurídica obrigacional¹³⁶.

O aspecto objetivo do direito à saúde, por outro lado, refere-se ao dever fundamental do

¹²⁷ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023.p. 363.

¹²⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. 1988. p. 59.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ RAMOS, André de Carvalho. 2023. p. 529.

¹³² DALLARI, Sueli Gandolfi. 1988. p. 59.

¹³³ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 80.

¹³⁴ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 71.

¹³⁵ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 80.

¹³⁶ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 363.

Estado, Federação e seus entes, de prestação da saúde¹³⁷, por atos positivos e negativos, isto é, tanto prestações fáticas ou normativas quanto a garantia do direito à saúde por meio de atos negativos¹³⁸. A esse respeito, observam Piola *et. al.*:

Essa compreensão do direito à saúde decorre de dois pilares que foram consagrados pelo próprio movimento sanitário: (i) o dever para a saúde cabe unicamente ao Estado, sendo este o modo de garantir o resgate de uma dívida social com a cidadania; e (ii) o princípio de acesso universal e igualitário é a base do sistema unificado proposto, como uma via institucional indispensável a fim de superar a dicotomia entre as chamadas ações de saúde pública e o atendimento clínico individual.¹³⁹

Assim, é imprescindível a estrutura do Estado para que o direito à saúde seja garantido de maneira universal e gratuita, ainda que ele venha a ser conquistado de forma parcial e lenta com as várias tensões suscitadas com a instituição do Sistema Único de Saúde¹⁴⁰. Entretanto, isso não exime o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade para com o direito à saúde (art. 2º da Lei 8.080/1990).

O dever do Estado, conforme o art. 196 da Constituição, é criar um conjunto de medidas econômicas e sociais, voltadas à redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde e garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção da saúde, a proteção da saúde e a recuperação da saúde dos doentes”¹⁴¹. Nas palavras de Mendes:

[...] não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde¹⁴².

As políticas econômicas e sociais a que se refere o texto constitucional, dizem respeito, também, às escolhas do Poder Público quanto à alocação de recursos, cuja distribuição deve-se dar por meio de critérios distributivos e levando-se em conta o viés programático do direito à saúde e a evolução da medicina¹⁴³.

A prevenção é prioridade no direito à saúde, conforme expressa determinação constitucional dos arts. 198, II, e 196, ao se referir a políticas voltadas “à redução do risco de doença e outros agravos”. A abrangência dessas políticas públicas é bastante ampla,

¹³⁷ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 80.

¹³⁸ LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. Patrimônio genético humano e sua proteção na Constituição Federal de 1988. São Paulo: Editora Método, 2004. ISBN 85-86456-82-9. p. 280 e 281.

¹³⁹ PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?. p. 97-172. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Série Vinte anos da Constituição Federal. vol. 1, n. 17. Brasília, DF: Ipea, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4134/1/bps_17_vol001_completo.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2024. p. 109 e 110.

¹⁴⁰ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 81.

¹⁴¹ LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. 2004. p. 280 e 281.

¹⁴² MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 363.

¹⁴³ *Ibidem*.

envolvendo, entre outras questões, saneamento básico, acesso à água potável e vacinação.

A opção pelo acesso universal e igualitário às políticas de saúde indica a vontade do constituinte originário em criar um sistema que garantisse a todos, de modo universal, o acesso aos serviços públicos de saúde. Isso reforça a garantia da assistência à saúde em igualdade, sem discriminações, preconceitos ou privilégios de qualquer ordem (art. 7º, IV, da LOS)¹⁴⁴.

Nesse sentido, Carolina Zockun entende ser descabida a interpretação restritiva do art. 196 da CF, no sentido de excluir turistas estrangeiros da proteção constitucional¹⁴⁵. Tal posicionamento é justificado por quatro razões¹⁴⁶: i) o referido artigo, por incluir todos, é mais amplo que a regra geral do art. 5º, que assegura proteção aos brasileiros e estrangeiros residentes no país; ii) o direito à saúde apresenta relação direta com os direitos à vida e à integridade física; iii) o Brasil é regido pelo princípio da prevalência dos direitos humanos nas relações internacionais (art. 4º, II, da CF); por fim, iv) há a internalização de tratados internacionais referentes ao direito à saúde com status de direito constitucional (art. 5º, §2º, da CF). Por esses motivos, o direito à prestação do serviço público de saúde é assegurado a todas as pessoas¹⁴⁷.

Por fim, o direito à saúde é estruturado por meio de um sistema unificado, o SUS¹⁴⁸, no qual todos os entes da Federação têm o dever de prestar o serviço público de saúde, sem que a omissão de qualquer um deles exclua a responsabilidade dos demais, tendo em vista que a Constituição estabeleceu “verdadeira responsabilidade solidária” nesse âmbito (art. 200)¹⁴⁹.

Frente a este arcabouço normativo, o desafio que se impõe à garantia do direito à saúde é a execução, por parte da Administração Pública, em todas as suas esferas, das políticas públicas existentes. Seja isso em âmbito individual, por meio de ações específicas para a redução do risco de doenças e outros gravames, quanto em âmbito coletivo, por meio de amplas políticas públicas¹⁵⁰.

¹⁴⁴ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 363.

¹⁴⁵ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

¹⁴⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. 2001.

¹⁴⁷ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

¹⁴⁸ *Ibidem*. p. 71.

¹⁴⁹ SILVA, Júlio César Ballerini. Aspectos da Tutela do Direito à Saúde no Ordenamento Jurídico Pátrio: Ponde-

rações sobre Relações de Direito Público e Privado. Vox Forensis. Espírito Santo do Pinhal, vol. 1, n. 1, p. 3-20, jan./jun., 2008. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/18398/Aspectos_da_Tutela_do_Direito_%c3%a0_Sa%c3%bade_no_Ordenamento_Jur%c3%addico_P%c3%a1trio_Pondera%c3%a7%c3%b5es_sobre_Rela%c3%a7%c3%b5es_de_Direito_P%c3%bablico_e_Privado.pdf>. Acesso em 07 de abril de 2024. p. 8 - 9.

¹⁵⁰ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 363.

CAPÍTULO 2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1. Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 prevê, expressamente, o direito à saúde e, por opção do legislador constituinte, indicou o modelo básico de organização e procedimento para sua realização¹⁵¹, o chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde é uma política pública de saúde, isto é, um “conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta”¹⁵², no caso, a promoção do direito à saúde. Segundo o texto constitucional, sua finalidade é atender integralmente a sociedade e assegurar a participação popular em sua organização¹⁵³. Nesse sentido, sintetiza o art. 4º, *caput*, da Lei 8.080/1990:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como o próprio nome indica, trata-se de um sistema, isto é, formado por diversas instituições dos diferentes níveis de governo (União, Estados, DF e Municípios) e pelo setor privado, “como se fosse um mesmo corpo”¹⁵⁴, voltados para a mesma finalidade. Assim, tanto os entes públicos quanto os particulares podem desempenhar atividades da área da saúde¹⁵⁵.

Em razão da relevância pública, qualquer atividade de saúde deve ser submetida ao controle, regulamentação e fiscalização do Poder Público. No caso dos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, a Lei 9.656/1998 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e regula os planos privados de assistência à saúde¹⁵⁶.

O sistema é único porque “tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com a mesma sistemática”¹⁵⁷. A ideia de

¹⁵¹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

¹⁵² TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. p. 43-68. In: PARKER, Richard (org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

¹⁵³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

¹⁵⁴ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: IEC, 1994. p. 7-17.

¹⁵⁵ ZOCKUN, Maurício; VALENTINI, Fernanda Ghiuro. A prestação do serviço de saúde pelo Estado. Migalhas, Migalhas de Peso, 2020. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depeso/329752/a-prestacao-do-servico-de-saude-pelo-estado>>. Acesso em 20 de maio de 2024.

¹⁵⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹⁵⁷ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

unificação está atrelada à sobreposição de uma política nacional de saúde em detrimento a possíveis divergências entre os entes federativos, que possuem responsabilidade comum e solidária de prestar os serviços de saúde (art. 23, II, da CF)¹⁵⁸.

As ações e os serviços de saúde do SUS estão organizados em uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com uma direção única em cada esfera de governo¹⁵⁹, são oferecidos de forma articulada, complementar¹⁶⁰ e executados de maneira direta ou por meio de terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado¹⁶¹. Ademais, seu nível de abrangência é determinado de acordo com esfera do governo gestora: os serviços da esfera federal, em geral, determinam regras e diretrizes para os demais serviços nacionais, enquanto os de âmbito estadual e municipal são de referências locais¹⁶².

As atribuições do SUS estão previstas, de maneira ampla¹⁶³, no art. 200 da CF, enumeradas em rol exemplificativo¹⁶⁴. Dentre elas, destacam-se a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador; a participação na formulação e execução das ações de saneamento básico; o incremento, na área da saúde, do desenvolvimento científico e tecnológico e da inovação; a fiscalização e inspeção de alimentos; a participação do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; a colaboração na proteção do meio ambiente, inclusive o meio ambiente do trabalho. Também integram o sistema as atividades de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos e equipamentos para saúde¹⁶⁵.

Em âmbito infraconstitucional, há uma variedade de normas que visam regulamentar as previsões constitucionais sobre o direito à saúde e o SUS, dentre elas, destacam-se as Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990.

A Lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica de Saúde (LOS), determina os princípios e as diretrizes de atuação do SUS, suas atribuições, organização, funcionamento¹⁶⁶, administração, meios de financiamento, define as responsabilidades comuns e particulares de

¹⁵⁸ RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos, 2023. p. 531.

¹⁵⁹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

¹⁶⁰ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

¹⁶¹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 12.

¹⁶² SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas. São Paulo: Érica, 2014. ISBN 978-85-365-1323-2. p. 12.

¹⁶³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023.p. 364.

¹⁶⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

¹⁶⁵ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 12.

¹⁶⁶ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 11.

cada um dos entes da Federação¹⁶⁷, bem como dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁶⁸.

Na Lei 8.142/1990 foram estabelecidos o planejamento da assistência à saúde pública, a articulação entre os entes federativos¹⁶⁹, os requisitos para o recebimento, regular e automático, do repasse de recursos federais por parte dos Estados e Municípios, bem como foram instituídos os Conselhos e as Conferências de Saúde¹⁷⁰.

Em razão das diferenças regionais e das vontades políticas de alguns municípios, a implementação do SUS no país não ocorreu de maneira uniforme. Apesar da previsão constitucional, muitos municípios optaram por sistemas locais, causando vários transtornos e impactos negativos na saúde da população. O próprio município de São Paulo somente aderiu ao SUS no ano 2000¹⁷¹.

Dentre os desafios para a implementação do sistema destacam-se: interesses político-partidários; falta de estrutura de muitos municípios para organizar e gerir os serviços de saúde; pressão do empresariado do ramo de saúde contra o sistema; subfinanciamento; baixa participação social no controle do sistema e filas de espera para serviços especializados¹⁷².

Mesmo com os desafios políticos e gerenciais, o SUS é o maior sistema público de saúde do mundo¹⁷³, o único que atende mais de 190 milhões de pessoas¹⁷⁴, e obteve uma série de conquistas ao longo dos anos:

[...] em 2013, cerca de dois terços da população já eram atendidos pelo sistema; 90% dos cidadãos atendidos consideravam o serviço bom/ótimo; o Brasil era o único país do mundo onde transplantes de órgãos eram realizados predominantemente pela rede pública. Houve a reorganização da rede de serviços de vigilância em saúde, a consolidação dos programas de controle de DST/Aids e a expansão dos programas de controle do tabaco e de imunizações, que são referências internacionais, entre outros avanços.¹⁷⁵

Deve-se levar em conta que o Sistema Único de Saúde propõe mudanças e questiona

¹⁶⁷ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

¹⁶⁸ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 11.

¹⁶⁹ GONÇALVES, Márcio Augusto. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2014. ISBN 978-85-7988-243-2. Disponível em: <<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/719454/2/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20funcionamento%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2024. p. 11.

¹⁷⁰ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

¹⁷¹ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 12.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

¹⁷⁴ FRASÃO, Gustavo. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Gov.br, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>>. Acesso em 13 de setembro de 2024.

¹⁷⁵ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 12.

interesses diversos e complexos, impossibilitando uma implantação rápida e repentina¹⁷⁶. A Constituição Federal de 1988 e as leis referentes ao SUS fundam o sistema, por meio de regras, mas sua implementação é gradual, desenvolvendo-se em um processo contínuo e composto por diversas etapas, ao mesmo tempo em que ocorrem disputas políticas e a articulação de interesses de diferentes grupos sociais¹⁷⁷. Assim, o SUS, enquanto parte da Reforma Sanitária, é um processo em constante aperfeiçoamento e adaptação¹⁷⁸.

2.2. Princípios do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios constitucionais, aplicáveis aos direitos fundamentais e ao Sistema de Seguridade Social, e por princípios específicos, previstos na Constituição e no art. 7º da LOS, que devem ser aplicados em todas as suas ações e serviços públicos, incluindo os serviços privados contratados ou conveniados¹⁷⁹.

Há diferentes posicionamentos doutrinários sobre a forma de classificação dos princípios basilares do SUS¹⁸⁰, sendo comum sua divisão em princípios de caráter doutrinário-ideológico, como é o caso da integralidade, universalidade e equidade, e os princípios organizativos¹⁸¹, sintetizados em descentralização, regionalização e hierarquização.

Os princípios doutrinários asseguram a identidade e os objetivos do SUS, conforme as determinações constitucionais, enquanto os princípios organizativos referem-se aos meios para que as finalidades, determinadas pelos princípios doutrinários, sejam atingidas¹⁸², assim como uma operacionalização mais racional e eficiente do sistema¹⁸³, como será visto adiante.

O Princípio da Universalidade representa a garantia de acesso de todos às ações e aos serviços de saúde¹⁸⁴, de maneira irrestrita, independentemente de qualquer condicionante¹⁸⁵, e em todos os níveis de assistência¹⁸⁶. Assim, esse princípio prevê o acesso universal e igualitário

¹⁷⁶ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

¹⁷⁷ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

¹⁷⁸ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

¹⁷⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 13.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

¹⁸¹ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

¹⁸² GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

¹⁸³ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

¹⁸⁴ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14.

¹⁸⁵ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

¹⁸⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14.

ao serviço público¹⁸⁷, por brasileiros e estrangeiros, sem distinções¹⁸⁸ e “sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural”¹⁸⁹, reforçando as ideias de igualdade de tratamento, não discriminação e respeito à dignidade da pessoa humana.

Além de universal, o SUS é gratuito, isto é, “acessível a qualquer pessoa que dele precise, independentemente de contribuição previdenciária [...]”¹⁹⁰, pagamento de taxas ou qualquer outra cobrança¹⁹¹. Essa é uma consequência da própria estrutura da Seguridade Social: ao ser desvinculada da área de Previdência Social, a Saúde atende a todos, conforme suas necessidades, sem se restringir aos segurados¹⁹².

Apesar da gratuidade, vale observar que existe a possibilidade das seguradoras e planos de saúde privados serem obrigados a ressarcir, à rede pública, os valores gastos pelo SUS no atendimento de usuários contratantes da assistência médica privada, inclusive se a realização do procedimento decorrer de ordem judicial¹⁹³.

O Princípio da Integralidade é entendido como o conjunto articulado e contínuo de serviços e ações voltados para a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde¹⁹⁴, adequando-se às exigências de cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema¹⁹⁵ e conforme o conhecimento científico e tecnológico da época¹⁹⁶, podendo ser de caráter individual e coletivo¹⁹⁷.

Esse princípio está atrelado à ideia de “saúde total”¹⁹⁸ ao considerar os indivíduos não “como um amontoado de partes, mas como um todo”, integrantes de uma sociedade¹⁹⁹. Assim, as ações e serviços de saúde devem estar voltados aos indivíduos, com as devidas valorações das “complexidades físicas, psíquicas e sociais que compõem o bem-estar de cada”²⁰⁰ um, e, ao

¹⁸⁷ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

¹⁸⁸ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

¹⁸⁹ PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde - BIS. São Paulo, vol. 12, n. 2, p. 109-114, ago., 2010. Disponível em: <<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575>>. Acesso em 10 de abril de 2024. p. 113.

¹⁹⁰ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

¹⁹¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

¹⁹² WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14.

¹⁹³ VITAL, Danilo. Operadora deve ressarcir estado quando tratamento do SUS foi feito por ordem judicial.

Con-sultor Jurídico, Administrativo, 2023. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2023-dez-08/sus-pode-cobrar-do-plano-de-saude-por-tratamento-pago-por-ordem-judicial/>>. Acesso em 03 de julho de 2024.

¹⁹⁴ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

¹⁹⁵ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14.

¹⁹⁶ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

¹⁹⁷ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14.

¹⁹⁸ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

¹⁹⁹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

²⁰⁰ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

mesmo tempo, à comunidade e ao respeito à dignidade humana²⁰¹.

Sintetiza bem essa ideia Antônio Sérgio Arouca ao afirmar:

Defendemos o valor da universalização de direitos, onde todo cidadão teria direito à saúde, o valor de que a saúde deve ser vista de forma integral, que era um princípio de como se entende o ser humano, que não é uma úlcera ou um enfarte, mas tem nome e sobrenome, tem família, tem seu trabalho, tem dor, tem medo. E colocamos um novo valor, que desta vez veio na contramão do desenvolvimento científico que desumaniza e que não enxerga princípios humanistas do indivíduo e da comunidade. Um conjunto de valores trazidos como liberdade, democracia, universalização de direitos, garantia de que todo cidadão teria acesso a todos os bens que o Estado pudesse prover. E que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito.²⁰²

Sob o viés desse princípio, o sistema de saúde não restringe seu foco e atuação somente ao indivíduo, mas abarca, também, a coletividade a qual ele pertence, assistindo à saúde de forma integral²⁰³ e atendendo às necessidades de saúde da população como um todo²⁰⁴. Assim, o princípio da integralidade tende a “reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas”²⁰⁵.

A equidade refere-se ao dever de oferta dos serviços de saúde de acordo com a necessidade de cada indivíduo e da população, em harmonia com a justiça social²⁰⁶. Assim, todos receberão o tratamento mais adequado para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sem que haja distinção, discriminação²⁰⁷, preconceitos ou privilégios de qualquer natureza²⁰⁸. Tal pilar indica a consagração do princípio da impessoalidade, regente de todos os atos da Administração Pública (art. 37, *caput*, da CF)²⁰⁹.

Oferecer igualdade de condições pressupõe reconhecer que as pessoas apresentam conjunturas econômicas, sociais e de saúde desiguais²¹⁰, bem como a de que o cenário de atuação do sistema é marcado por diferenças regionais, culturais e patrimoniais. Esse entendimento é necessário para que seja implementado um planejamento estratégico em conformidade com o conceito de igualdade material²¹¹.

A equidade, assim, permite a concretização da justiça por meio da exigência de

²⁰¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

²⁰² AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. SUS: Revendo a trajetória - Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. [Informação verbal transcrita em artigo de] Álvaro Nascimento. 2001. p. 6.

²⁰³ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

²⁰⁴ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 11.

²⁰⁵ PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. 2010. p. 113.

²⁰⁶ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. 2014. p. 11.

²⁰⁷ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

²⁰⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁰⁹ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 72.

²¹⁰ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12.

²¹¹ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

investimento em todas as áreas necessárias para a promoção e proteção da saúde²¹² e por meio da prestação de serviços, com destaque para grupos e categorias alvos especiais das intervenções²¹³, como é o caso dos subsistemas de Atenção à Saúde Indígena²¹⁴, Atendimento e Internação Domiciliar, e acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto²¹⁵.

A LOS prevê, ainda, os princípios do Direito à Informação, da Autonomia das Pessoas, da Prevenção e Promoção da Saúde com base na epidemiologia, da Eficiência e Racionalização²¹⁶. O Princípio do Direito à Informação possui dois aspectos, o individual e o coletivo. Em seu aspecto coletivo, o princípio refere-se ao direito à divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelos usuários. No aspecto individual, refere-se ao direito dos assistidos de saberem informações sobre sua saúde. Este aspecto está intimamente ligado ao Princípio da Autonomia, segundo o qual o SUS tem o dever de garantir e preservar a autonomia dos indivíduos na defesa de sua integridade física e moral²¹⁷.

Outro princípio importante é o da Prevenção e Promoção da Saúde com base na epidemiologia, ciência que estuda “o processo saúde-adoecimento em coletividades humanas”²¹⁸ e constrói indicadores, que devem ser utilizados como suporte para o estabelecimento de prioridades, planejamento de programas e alocação de recursos no SUS²¹⁹.

Os Princípios da Eficiência e Racionalização das Políticas Públicas referem-se ao dever do Estado de desenvolver políticas sociais e econômicas bem delineadas e executadas²²⁰, eficazes e eficientes, em conformidade com as necessidades da população, apresentando resultados positivos quando o serviço é procurando e evitando a duplicidade de meios para alcançar os mesmos fins (art. 7º da LOS)²²¹. Ademais, é necessária a utilização de técnicas e equipamentos adequados, conforme a realidade local e os recursos disponíveis, e aplicação da melhor maneira possível, sem desperdícios. Para tanto, é necessária a qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde, com sua função e com a população, e a adoção

²¹² RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos, 2023. *Op. cit.*; p. 531.

²¹³ PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. 2010. p. 113.

²¹⁴ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 26.

²¹⁵ *Ibidem.* p. 27.

²¹⁶ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [artigo 7º]. 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, DF: Diário Oficial da União, 1990.

²¹⁷ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 14 e 15.

²¹⁸ ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. p. 319-373. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006. p. 321.

²¹⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 16.

²²⁰ *Ibidem.* p. 17.

²²¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17

de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde²²².

2.3. Estrutura do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é caracterizado por ser em rede, regionalizado e hierarquizado, nos termos do *caput* do art. 198 da Constituição. A estrutura em rede refere-se à integração dos serviços de saúde entre os entes da Federação, cabendo a cada um a realização das atribuições fixadas em lei, de forma articulada, sem sobreposição de serviços²²³.

O SUS é juridicamente hierarquizado, não quanto às competências das esferas de governo, mas quanto à sua organização, conforme a complexidade dos serviços disponibilizados à população²²⁴, não havendo prevalência entre eles²²⁵. Rede hierarquizada, portanto, corresponde ao “desenho da complexidade dos fluxos e conexões dos serviços e ações de saúde nos planos micro, meso e macroinstitucionais”²²⁶.

Em consonância aos parâmetros fixados pela OMS, o SUS classifica a atenção da saúde em Nível Primário, Secundário e Terciário²²⁷ ou, em outros termos, em Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e de Alta Complexidade²²⁸.

O primeiro nível do modelo adotado pelo SUS é a atenção básica ou primária à saúde. Trata-se da porta de entrada do sistema, inclui um rol de procedimentos menos complexos, requer o emprego de tecnologia de baixa densidade e atende a maior parte das necessidades e problemas comuns de saúde da população. Também realiza o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade²²⁹. Sintetiza Luiz Facchini:

[...] atenção primária em saúde é o SUS. Ela é a inovação do SUS, porque antes do SUS já existiam hospitais, já existiam ambulatorios, já existiam inclusive lugares de realização de exames, de atendimento de urgência, emergência. Tudo isso já existia. A inovação no SUS foi a atenção básica e essa imensa rede que foi construída [...]. É uma imensa rede diluída em todo o território nacional. Isso é o SUS.

É a partir do atendimento na atenção primária que você tem possibilidade de transitar pelo sistema de saúde, de fazer um exame, de ser encaminhada para um atendimento especializado, de ir a um hospital, de fazer um transplante se for necessário, de fazer uma cirurgia, etc.²³⁰

²²² *Ibidem*.

²²³ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 17.

²²⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²²⁵ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 35.

²²⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 17.

²²⁷ *Ibidem*.

²²⁸ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 35.

²²⁹ *Ibidem*. p. 36 e 37.

²³⁰ FACCHINI, Luiz Augusto. 2018.

A atenção de média complexidade define-se, por exclusão, pelas ações que transcendem as da atenção básica, ao mesmo tempo em que não se configuram como de alta complexidade. São serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de atenção especializada e requerem menor complexidade tecnológica²³¹. Na tabela do SUS, os procedimentos deste nível de atenção à saúde encontram-se relacionados como “cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia;”²³², entre outros.

Por último, a atenção à saúde de alta complexidade é integrada por hospitais gerais de grande porte, Santas Casas, unidades de ensino e pesquisa e hospitais universitários, bem como envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e altos custos, como é o caso de tratamentos oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de risco. Os especialistas da categoria lidam com casos mais singulares e complexos que não puderam ser atendidos na atenção básica ou de média complexidade²³³.

A estrutura em rede regionalizada pressupõe a delimitação de uma base territorial para o sistema, contemplando a divisão político-administrativa do país e os espaços territoriais específicos para a organização das ações e serviços de saúde²³⁴. A regionalização, indica, portanto, a organização do território em circunscrições, que levam em consideração as características regionais de cada localidade²³⁵, a dinâmica e a complexidade do sistema, bem como permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das três esferas da Federação, sendo ponto central da construção das responsabilidades pactuadas²³⁶.

O Princípio da Descentralização indica a vertente político-administrativa adotada para o desenvolvimento de ações na área da saúde²³⁷, com a finalidade de preservar as particularidades de cada uma das regiões, em um país marcado pela heterogeneidade²³⁸. Ele perpassa a ideia de que os responsáveis pela execução das ações devem tomar as decisões, uma vez que “quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução”²³⁹.

²³¹ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 38.

²³² *Ibidem*.

²³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Gov.br, Saúde Explica, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>. Acesso em 09 de julho de 2024.

²³⁴ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 12 e 13.

²³⁵ ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. 2020. p. 419.

²³⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 18.

²³⁷ *Ibidem*. p. 16.

²³⁸ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

²³⁹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

Outra diretriz constitucional é o Princípio da Participação da Comunidade. Trata-se do direito de participação da coletividade, de forma democrática, organizada, racional e consciente, no processo de escolha dos caminhos a serem percorridos pelo SUS²⁴⁰. Por estarem envolvidos com o sistema²⁴¹, lidarem diretamente com questões ligadas à saúde da comunidade e conhecerem as necessidades locais²⁴², os segmentos dos dirigentes, prestadores de serviços, trabalhadores da área da saúde e, principalmente, a população, usuários dos serviços de saúde, são detentores desse direito²⁴³, devendo ter voz ativa na formulação de políticas locais e na fiscalização de sua execução²⁴⁴.

Assim, democracia no SUS, para além dos representantes eleitos, deve ser assegurada em cada momento decisório sobre questões que impactam direta e imediatamente a todos²⁴⁵, sendo este um ponto estratégico para a garantia do direito à saúde²⁴⁶. A “democracia sanitária”, enquanto diretriz constitucional do sistema, nas palavras de Dallari:

[...] implica o reconhecimento de que apenas as pessoas concretas, situadas, que vivam ou trabalhem em determinada comunidade, têm legitimidade para decidir o ponto de equilíbrio entre, por exemplo, a proteção contra as infecções respiratórias e a limitação da circulação de veículos; ou que apenas a comunidade local pode legitimamente decidir que seja gasta parte significativa do orçamento para oferecer transporte e tratamento para doentes que não encontrem possibilidade terapêutica naquele local.

[...]

Na atualidade não há dúvida de que a universalização da “democracia sanitária”, implicando a participação popular na fixação dos objetivos da política de saúde e no controle das ações e serviços que constituem tal política, é necessária não só para promover a gênese democrática do direito, mas sobretudo para preencher o conteúdo do conceito de saúde em determinada comunidade.²⁴⁷

A fim de que a democracia sanitária e a participação social sejam concretizadas no âmbito do SUS, a LOS institucionalizou os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias de participação popular²⁴⁸. Em nível municipal, essa garantia se dá pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelas Conferências Municipais de Saúde²⁴⁹.

A Conferência de Saúde tem como finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas da área de saúde em cada uma das esferas da

²⁴⁰ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 16.

²⁴¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

²⁴² GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 13.

²⁴³ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

²⁴⁴ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 13.

²⁴⁵ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17.

²⁴⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁴⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ GONÇALVES, Márcio Augusto. 2014. p. 13.

federativas²⁵⁰. Já os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos, organizados em nível nacional, estadual e municipal²⁵¹, e que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive sobre seus aspectos econômicos e financeiros²⁵².

O último aspecto a ser considerado sobre a estrutura do SUS é a atuação de órgãos essenciais, responsáveis pela reunião de gestores para o planejamento e estabelecimento de metas comuns, sendo um canal para a apresentação de expectativas da sociedade e intercâmbio de informações e experiências. São eles: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Comissão Intergestores Bipartite²⁵³.

2.3.1. Descentralização do SUS: distribuição de competências entre os entes federativos

Segundo o Princípio da Descentralização, o poder e a responsabilidade referente ao direito à saúde e ao SUS são distribuídos entre os três níveis de governo, a fim de que os serviços sejam prestados com mais eficiência e qualidade, assim como sejam adequadamente fiscalizados e controlados pela sociedade²⁵⁴.

Ainda que não tenha definido especificamente o que cabe a cada ente, o Texto Constitucional previu, objetivamente, a maneira pela qual devem ser executadas as ações integradas entre as três esferas da Federação²⁵⁵, determinando a elas o dever de:

[...] definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; organização e coordenação do sistema de informação de saúde, elaboração e atualização periódica do plano de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.²⁵⁶

Previu, também, que todas as esferas federativas de poder político são competentes para legislar sobre proteção à saúde²⁵⁷. Segundo o art. 24, XII, da CF, a proteção e a defesa da saúde é matéria de competência concorrente entre a União, Estados e o DF, cabendo à União a edição

²⁵⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁵¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. 1998. p. 7-17

²⁵² DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁵³ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 50 e 51.

²⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde, Fiocruz. Descentralização. Pense mais SUS, SUS de A a Z. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>>. Acesso em 13 de setembro de 2024.

²⁵⁵ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 82.

²⁵⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 23 e 24.

²⁵⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

de normas gerais e aos Estados e DF a competência complementar²⁵⁸. Aos Municípios atribuiu-se os deveres-poderes de complementar, no que couber, a legislação federal e estadual, bem como legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30, I e II, da CF)²⁵⁹.

Assim, nenhuma esfera do poder político foi isenta da responsabilidade de “proteger, defender e cuidar da saúde”, de forma que ao enunciar a saúde como “dever do Estado” (art. 196), a Constituição responsabiliza a União, os Estados, o DF e os Municípios, sem que haja hierarquia jurídica em relação à competência de cada um dos entes²⁶⁰.

A repartição de competências entre os entes federativos, na Constituição, deu-se de maneira genérica, tornando-se mais detalhada com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que distribuiu as funções a cada um deles e possibilitou a operacionalização dos pilares de descentralização da execução das ações e serviços e de cooperação técnico-financeira²⁶¹.

Nos termos do art. 16 da LOS, compete à União a direção nacional do SUS, a coordenação e articulação do sistema, em atenção à sua integração e descentralização, bem como o fornecimento de suporte aos vários setores, em cooperação técnica e financeira com Estados, Municípios e o Distrito Federal²⁶². Destacam-se, também, as funções de acompanhamento, controle e avaliação, dentro de sua competência, dos serviços e ações de saúde e a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS²⁶³.

Aos Estados foram atribuídas, principalmente, as funções de promover a descentralização de serviços e ações de saúde para os Municípios, prestar-lhes apoio técnico e financeiro, e assumir sua execução somente em caráter supletivo (art. 17 da LOS)²⁶⁴. Ademais, são responsáveis por acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas²⁶⁵, identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional²⁶⁶. Ao Distrito Federal compete as atribuições designadas aos Estados e aos Municípios (art. 19 da LOS)²⁶⁷.

Por fim, aos Municípios, a base local do sistema²⁶⁸, compete a organização,

²⁵⁸ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 23.

²⁵⁹ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 82.

²⁶⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁶¹ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 83.

²⁶² WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 24.

²⁶³ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 83.

²⁶⁴ *Ibidem*.

²⁶⁵ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 24.

²⁶⁶ *Ibidem*. p. 25.

²⁶⁷ PINTO, Élica Graziane. 2015. *Op. cit.*; p. 83.

²⁶⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde; e sua gestão e execução de forma articulada com a programação da rede regionalizada e hierarquizada²⁶⁹ (art. 18 da LOS)²⁷⁰. Assim, foi designado a eles a execução e gestão, de maneira primária, dos serviços de saúde²⁷¹, cabendo aos estados membros os poderes remanescentes ou residuais. Por esse motivo, o Município é a esfera de poder político com a maior parcela de responsabilidade pela execução de serviços e ações de saúde.

Nas palavras de Patrícia Werner, “o *Município* é a pedra angular do SUS”, sendo todo o seu projeto baseado no desenvolvimento de ações descentralizadas²⁷². Por ser o responsável pela gestão e implementação das políticas públicas de saúde, o Município é considerado o ente mais próximo da população e do local, condição que lhe permite detectar melhor suas necessidades específicas²⁷³.

Diante do exposto, nota-se que, para a concretização e o bom funcionamento do SUS, a cooperação é essencial²⁷⁴. O sucesso e a boa operação do sistema de saúde, portando, estão atrelados à eficácia do controle democrático e da cooperação federativa, destacando-se a atuação municipal, por ser a esfera federativa com maior proximidade da comunidade local²⁷⁵.

2.4. Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica

O SUS, além da assistência médica, atua na vigilância, no controle de doenças e agravos relevantes à saúde pública, por meio das vigilâncias sanitária e epidemiológica²⁷⁶.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica é o conjunto de ações voltadas para o conhecimento, detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, individual ou coletiva, a fim de adotar e recomendar medidas preventivas e de controle das doenças ou agravos²⁷⁷.

Já o Sistema de Vigilância Sanitária é definido pela LOS como um conjunto de ações aptas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir em problemas sanitários

²⁶⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 25.

²⁷⁰ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 84.

²⁷¹ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

²⁷² WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 25.

²⁷³ Saúde no Brasil: a evolução das políticas... nas últimas três décadas. Fundação FHC, 2021.

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 11.

²⁷⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁷⁷ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 22.

ocasionados pelo meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde, sendo abrangido o controle de bens de consumo e a prestação de serviços que estão relacionados direta ou indiretamente com a saúde²⁷⁸.

A Lei Federal 9.782/99 criou, definiu e organizou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabeleceu como responsabilidade comum aos entes da Federação a sua manutenção, além de criar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)²⁷⁹.

A ANVISA é uma autarquia especial²⁸⁰, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional, e possui duração indeterminada, independência administrativa, autonomia financeira e estabilidade de seus dirigentes²⁸¹. Sua finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, por meio de controle sanitário de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, além do controle de fronteiras, portos e aeroportos²⁸².

As atividades de sua competência revelam quatro tipos de atribuições, relacionadas com: i) a elaboração da política e a coordenação do sistema de vigilância sanitária; ii) a elaboração de normas e o controle de qualidade de produtos e serviços de interesse para a saúde; iii) o funcionamento da autarquia; e iv) a acessibilidade aos referidos produtos e serviços de interesse para a saúde (arts. 7º e 8º da Lei Federal 9.782/99)²⁸³.

Não se deve perder de vista que todas as atividades desenvolvidas pelas vigilâncias epidemiológica e sanitária devem estar em conformidade com as exigências constitucionais, voltadas para a promoção da proteção da saúde e para o controle dos bens e serviços de interesse para a referida área, a fim de prevenir, reduzir ou impedir riscos à saúde²⁸⁴.

2.5. Assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde pelo SUS

A assistência terapêutica integral é uma das atribuições sob responsabilidades do SUS²⁸⁵ e relaciona-se à ideia de cuidado integral da saúde²⁸⁶, por meio da oferta de procedi- mentos

²⁷⁸ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 21.

²⁷⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁸⁰ *Ibidem*.

²⁸¹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 21.

²⁸² DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁸³ *Ibidem*.

²⁸⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁸⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 6º, inciso I, alínea d].

²⁸⁶ VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Revista da Associação Médica Brasileira. Artigos originais, vol. 55, n. 6, p. 672-683, 2009. Disponível em:

terapêuticos e da dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde (órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos)²⁸⁷, conforme as tabelas ou relações de medicamentos elaboradas pelo gestor federal, protocolo clínico ou diretriz terapêutica²⁸⁸. Tal parâmetro para a definição de assistência terapêutica foi fixado na LOS pela Lei 12.401/2011, trazendo importante contribuição hermenêutica para a aplicação da legislação²⁸⁹.

A assistência terapêutica integral aborda, entre outros, os seguintes aspectos: i) o registro ou autorização de uso de produtos, medicamentos ou procedimentos na ANVISA; ii) o processo de incorporação de tecnologias em saúde pelo SUS; iii) a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde conforme as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico; e iv) a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde na ausência de protocolo ou diretriz terapêutica.

Quanto ao primeiro aspecto, inicialmente é necessário mencionar a definição de registro, que segundo o art. 3º, X, da Lei nº 6.360/1976, é a:

[...] inscrição, em livro próprio após o despacho concessivo do dirigente do órgão do Ministério da Saúde, sob número de ordem, dos produtos de que trata esta Lei, com a indicação do nome, fabricante, da procedência, finalidade e dos outros elementos que os caracterizem;²⁹⁰

Assim, o registro (e a autorização de uso) de medicamentos é condição necessária para atestar a eficácia, a segurança, a qualidade e o benefício do produto, sendo uma garantia à saúde pública²⁹¹.

Nesse sentido, determina o art. 12 da Lei nº 6.360/1976 que somente poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo, em território nacional, o produto anteriormente registrado no Ministério da Saúde²⁹². Portanto, essa fase de regulação sanitária realizada pela ANVISA é o primeiro requisito para que a incorporação de certa tecnologia no SUS possa ser considerada²⁹³.

O segundo aspecto da assistência terapêutica a ser considerado é o processo de incorporação de tecnologias em saúde pelo SUS.

<<https://www.scielo.br/j/ramb/a/GLNkNqb3Hx775jPfsySrmtD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 07 de agosto de 2024.

²⁸⁷ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-N, inciso I].

²⁸⁸ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-M, incisos I e II].

²⁸⁹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32 - 35.

²⁹⁰ BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 [art. 3º, inciso X]. 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1976.

²⁹¹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 944 (nota de referência n. 169).

²⁹² BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 [art. 12].

²⁹³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 944 (nota de referência n. 169)

A incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos pelo SUS – como vacinas, procedimentos técnicos, equipamentos, sistemas organizacionais, informacionais e protocolos assistenciais²⁹⁴– e a elaboração ou alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)²⁹⁵.

Essas modificações ocorrem por meio de um processo administrativo, com duração não superior a 180 dias, a contar da data em que foi protocolado o pedido pelo interessado, e pode ser prorrogado por mais 90 dias (art. 19-R da LOS)²⁹⁶.

À CONITEC cabe a elaboração de um relatório, que deve considerar as evidências científicas, acatadas pela ANVISA no momento de registro ou autorização de uso, e aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo. Além disso, é levada em conta uma avaliação econômica, comparando o custo-benefício do objeto sob análise e as tecnologias já incorporadas no SUS²⁹⁷.

O terceiro aspecto da assistência terapêutica integral é a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde conforme as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou agravo à saúde a ser tratado²⁹⁸.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são documentos baseados em evidências científicas, que padronizam e monitoram os medicamentos e demais produtos disponibilizados à população²⁹⁹, indicam os produtos ou procedimentos de primeira escolha indicados em caso de perda da eficácia, intolerância ou reação adversa³⁰⁰, e devem ser seguidos pelos gestores do SUS³⁰¹. Segundo dispõe o art. 19-N, II, da LOS:

protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

A elaboração dos protocolos e diretrizes terapêuticas conta com a participação de instituições acadêmicas, do setor produtivo de fármacos e dos usuários da rede pública de saúde,

²⁹⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

²⁹⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-Q].

²⁹⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32 - 35.

²⁹⁷ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-Q, §2º].

²⁹⁸ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-M, incisos I (primeira parte)].

²⁹⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

³⁰⁰ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-O].

³⁰¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

sendo realizada consulta pública anteriormente a sua publicação oficial³⁰².

O reconhecimento e a valoração dos protocolos estabelecidos pelo Poder Público, para Werner, são um dos maiores problemas práticos na gestão do SUS, porque, para alguns, são uma limitação ao direito à saúde, enquanto, para outros, são uma forma efetiva de cumprir o referido dever constitucional, ao estabelecer parâmetros de universalidade e igualdade³⁰³.

O quarto aspecto da assistência terapêutica integral é a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde na ausência de protocolo ou diretriz terapêutica para o agravo à saúde (art. 19-M, I e II, da LOS)³⁰⁴. Nesses casos, a dispensação será baseada nas relações de medicamentos instituídas em âmbito federal, observadas as competências previstas na LOS e as responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite³⁰⁵.

Deverão ser observadas, de forma suplementar, as relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais (e distritais) do SUS e as responsabilidades sobre fornecimento pactuada na Comissão Intergestores Bipartite. Por fim, de forma suplementar ao estabelecido em esfera estadual, deverão ser observadas as relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais e as responsabilidades pactuadas no Conselho Municipal de Saúde³⁰⁶.

Para a administração pública, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma relação de referência, com abrangência nacional, formada por medicamentos essenciais, isto é, produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população e, por isso, devem estar na forma farmacêutica apropriada e continuamente disponíveis para os que deles necessitarem³⁰⁷.

A RENAME direciona a produção farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico e a definição de listas de medicamentos essenciais³⁰⁸, específicas e complementares³⁰⁹, em âmbito estadual, Relações Estaduais de Medicamentos Essenciais (RESME), e municipal, Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME), conforme sua respectiva situação epidemiológica³¹⁰.

³⁰² DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

³⁰³ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32 - 35.

³⁰⁴ *Ibidem*.

³⁰⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-P].

³⁰⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32 - 35.

³⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 [anexo, 3.1.]. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

³⁰⁸ *Ibidem*.

³⁰⁹ MARQUES, Dirce. #dicadogestor: A importância da lista municipal de medicamentos. COSEMS/SP, 2020. Disponível em: <<https://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-a-importancia-da-lista-municipal-de-medicamentos/>>. Acesso em 03 de julho de 2024.

³¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 [anexo, 3.1.].

Ademais, ela é fundamental para orientar a padronização da prescrição e do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, sendo um mecanismo para redução dos custos dos produtos, tanto para o consumidor em geral quanto para os gestores do Sistema. O Ministério da Saúde é o órgão responsável por criar mecanismos para atualização contínua da RENAME³¹¹.

Merece menção, ainda, outras previsões na LOS sobre a assistência farmacêutica. Em todas as esferas da gestão do SUS é vedado o pagamento, dispensação, ressarcimento ou reembolso de medicamentos, produtos e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, de uso não autorizado pela ANVISA ou sem registro (art. 19-T, da LOS)³¹².

Entretanto, fogem a essa regra os medicamentos e produtos “em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na ANVISA, desde que seu uso tenha sido recomendado pela [...] [CONITEC], demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde”³¹³. Outra hipótese excepcional são os produtos e medicamentos “recomendados pela CONITEC e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas [...]”³¹⁴.

Feitas essas considerações a respeito do Sistema Único de Saúde, cabe analisar o modo pelo qual seu custeio é realizado.

CAPÍTULO 3 – CUSTEIO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

3.1. Previsão constitucional: custeio da Seguridade Social

O Sistema de Seguridade Social, conforme previsão expressa do art. 195 da

³¹¹ *Ibidem*.

³¹² WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 32 - 35.

³¹³ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-T, parágrafo único, inciso I].

³¹⁴ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 19-T, parágrafo único, inciso II].

Constituição, é financiado por toda a sociedade, de maneira direta e indireta, mediante recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios e das contribuições sociais de seguridade social.

Sobre a utilização da expressão “financiamento”, no referido artigo, Martins observa:

Na verdade, a Seguridade Social não será financiada, mas haverá seu custeio. Não se trata de financiamento, como se fosse um empréstimo bancário, em que haveria necessidade de devolver o valor com juros e correção monetária. Trata-se de custeio, o que é feito por meio de contribuição social.³¹⁵

Ainda segundo o doutrinador, fonte de custeio deve ser entendida como “meios econômicos e, principalmente, financeiros obtidos e destinados à concessão e à manutenção das prestações da Seguridade Social”.

As chamadas fontes indiretas de custeio do sistema são os impostos, utilizados em situações de insuficiência financeira do sistema, pagos por toda a sociedade, enquanto fontes diretas são cobradas de trabalhadores e empregadores por meio de contribuições. Essa forma de custeio do Sistema de Seguridade Social, nas palavras de Sérgio Pinto Martins, “indiretamente indica a solidariedade do custeio por toda a sociedade”³¹⁶.

As contribuições relacionadas ao custeio direto do sistema são nomeadas, em alguns dispositivos da Constituição de 1988, como “contribuições sociais” (arts. 114, VIII, e 195, §§6º e 9º, da CF) para indicar a categoria à qual pertencem. Em síntese, trata-se de:

[...] uma obrigação tributária, uma prestação pecuniária compulsória paga ao ente público, com a finalidade de constituir um fundo para ser utilizado em contingências previstas em lei. Trata-se de uma contribuição social caracterizada pela sua finalidade, isto é, constituir um fundo para o trabalhador utilizá-lo quando ocorrerem certas contingências previstas em lei.³¹⁷

A contribuição da Seguridade Social, segundo a Teoria Fiscal, é um tributo, uma prestação pecuniária prevista em lei e, por isso, compulsória e de natureza pública, paga ao Poder Público, com a finalidade de compor um fundo econômico para custeio do serviço público³¹⁸.

Assim, as contribuições atreladas ao custeio direto do Sistema de Seguridade Social são contribuições sociais vinculadas, com finalidade determinada por lei, destinadas, especificamente, ao custeio do referido sistema (art. 149 combinado com art. 195, §6º, da CF). A União é competente, exclusivamente, para instituí-las e o órgão responsável por recebê-las é a Secretaria da Receita Federal, exceto as contribuições para o custeio de sistema próprio de

³¹⁵ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 57.

³¹⁶ *Ibidem*. p. 57.

³¹⁷ *Ibidem*. p. 62 e 63.

³¹⁸ *Ibidem*. p. 61 e 62.

previdência social, que podem ser instituídas pelos demais entes (art. 149, §1º, da CF)³¹⁹.

Os benefícios trazidos pelo Sistema de Seguridade Social – como a universalização do acesso à saúde (art. 196 da CF), o piso mínimo dos benefícios (arts. 201, §2º, e 203, V, da CF) e o seguro-desemprego (art. 201, III, da CF) – aumentaram muito os gastos para essa área, motivo pelo qual mostrou-se necessária a diversificação de suas fontes de custeio³²⁰.

Há contribuições de seguridade social relacionadas ao empregador, à empresa ou entidade a ela equiparada, que incidem sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho, receita ou faturamento e o lucro (art. 195, I, da CF). Em relação ao trabalhador e demais segurados da previdência social, a contribuição incide sobre o valor do salário (art. 195, II, da CF). Há também contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou de serviços do exterior ou de quem a lei a ele equiparar (art. 195, III e IV da CF)³²¹.

Deve-se ter em vista que as contribuições sociais dos empregadores, sobre a folha de salários, e dos trabalhadores e demais segurados são vinculadas diretamente ao pagamento de benefícios do regime geral de previdência, ou seja, somente podem ser utilizadas para a área de Previdência Social – e não para todo o Sistema de Seguridade Social, que ainda envolve as áreas de Saúde e Assistência Social (art. 167, XI, da CF)³²².

Além dessas, a Constituição prevê a possibilidade de criação de outras fontes de custeio, mas exige que nova fonte seja instituída por lei complementar e seu fato gerador ou base de cálculo não sejam os mesmos de um imposto existente, além de não ser cumulativa, ou seja, não incidir sobre valor já tributado (arts. 195, §4º, e 154, I, da CF)³²³.

Sobre a diversidade de fontes de custeio, destaca estudo realizado para a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe:

O gasto público destinado à proteção social é normalmente financiado na maioria dos países por intermédio da cobrança de contribuições incidentes sobre a folha salarial. Nessa matéria, o Brasil apresenta um arranjo peculiar em torno do que se batizou seguridade social que, por definição constitucional, compreende a previdência, a saúde e a assistência social ao combinar a expansão e universalização dos benefícios e serviços públicos como a diminuição da dependência do financiamento sobre a base salarial.

A Constituição de 1988 não apenas adotou o conceito de seguridade social como ampliou o acesso à previdência social e elevou seus benefícios, além de universalizar o acesso à saúde e à assistência social. Para financiar as consequentes pressões de gasto, a nova Carta diversificou as fontes de financiamento da seguridade: exigiu dos empregadores uma nova contribuição sobre seus lucros e redirecionou para o setor outra que já incidia sobre o faturamento deles; ainda destinou ao setor as rendas

³¹⁹ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 62 e 63.

³²⁰ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 362.

³²¹ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 57.

³²² *Ibidem*. p. 37.

³²³ *Ibidem*. p. 57.

provenientes de loterias em geral e determinou a organização de um orçamento específico para a seguridade, separado do orçamento fiscal.³²⁴

Outro aspecto relevante a ser considerado é a previsão constitucional de destacamento do orçamento da Seguridade Social na Lei Orçamentária Anual (LOA)³²⁵. O art. 165, §5º, III, da Constituição, exige a formulação de um orçamento apartado para o referido sistema, o chamado Orçamento da Seguridade Social, uma das três peças autônomas que compõe o Orçamento Geral da União³²⁶. Esse destacamento tem como finalidade impedir que as receitas formadas para o pagamento de benefícios dessa área sejam usadas outras obrigações do governo³²⁷ e representa uma tentativa de ampliar suas fontes de financiamento, integrando e controlando as despesas a serem cobertas por ela³²⁸.

Por fim, deve-se ter em vista que a Constituição assegura recursos mínimos ao custeio da área da saúde³²⁹, determinando a aplicação anual mínima, para a União, de 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde (art. 198, §2º, I, da CF); aos Estados e DF, de 12% do produto da arrecadação de determinados impostos; e aos Municípios e DF, de 15% do produto da arrecadação de determinados impostos (art. 77, III, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT)³³⁰.

Para assegurar a aplicação do mínimo de receita exigido nas ações e serviços públicos de saúde, o Texto Constitucional prevê a possibilidade de intervenção federal nos Estados e no DF e intervenção estadual nos seus respectivos Municípios (arts. 34, VII, e 35, III, da CF).

3.2. Legislação infraconstitucional: a participação dos entes federativos no custeio da Saúde

3.2.1. Lei Orgânica de Saúde e Lei 8.142/1990

A Lei Orgânica de Saúde, além de dispor sobre a organização e o funcionamento dos

³²⁴ SERRA, José; AFONSO, José Roberto R. Tributação, seguridade e coesão social no Brasil. CEPAL - Série Políticas Sociais. n. 133. Santiago: Nações Unidas, 2007. ISBN: 978-92-1-323060-2. Disponível em: <https://www4.anfip.org.br/doc/economia/02_05_2018_15_58_52_tributacao_seguridade_cepal.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2024. p. 7.

³²⁵ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 37.

³²⁶ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 86.

³²⁷ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 37.

³²⁸ PINTO, Élica Graziane. 2015. p. 86.

³²⁹ MARTINS, Sergio Pinto. 2023. p. 27.

³³⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

serviços de saúde, como já abordado anteriormente, também trata sobre o financiamento da área da saúde, em seus arts. 31 a 38.

O art. 31 da LOS estabelece que o orçamento da Seguridade Social, conforme receita estimada, destinará ao SUS os recursos necessários, de acordo com proposta elaborada por sua direção nacional, com participação dos órgãos da Previdência e Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades determinadas na Lei de Diretrizes Orçamentárias³³¹.

Nos termos do art. 32 da LOS, são consideradas outras fontes para o SUS os recursos provenientes de serviços prestados, sem prejuízo da assistência à saúde; contribuições, doações e donativos; rendimentos de capital e alienações patrimoniais; rendas eventuais; taxas, multas, emolumentos e preços públicos, obtidos no âmbito do SUS³³². O produto dessa arrecadação é encaminhado a contas especiais, que são movimentadas por sua direção, conforme a esfera de poder em que foram arrecadadas (art. 32, §2º, da LOS).

Como regra, os recursos financeiros do SUS são depositados em uma conta especial, cada esfera de atuação possui a sua, e a movimentação ocorre sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Na esfera federal, os recursos financeiros, sejam eles oriundos do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos ou de outras fontes, são administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS)³³³. Também cabe a este Ministério realizar auditoria, para verificar se a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios está em conformidade com a programação previamente aprovada, além de adotar as medidas legais cabíveis no caso de descumprimento da norma, o que não impede a atuação paralela dos órgãos de controle interno e externo, bem como a tomada de medidas no âmbito administrativo, penal e de atos de improbidade³³⁴.

A receita efetivamente arrecadada será distribuída pelo FNS, de acordo com a previsão do Orçamento da Seguridade Social para projetos e atividades no âmbito do SUS.

Há uma série de critérios para determinar os valores a serem transferidos para cada um dos entes, verificados com a análise técnica de programas e projetos. São eles: o perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico da população a ser atendida, características da rede de saúde na área, desempenho (técnico, econômico e financeiro) no período anterior; o nível de destinação dos orçamentos municipais e estaduais na área de saúde; a previsão de

³³¹ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 31].

³³² BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 32].

³³³ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 33].

³³⁴ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 40.

investimentos da rede no Plano Quinquenal e o ressarcimento da prestação de serviços para outras esferas de governo (arts. 34 e 35 da LOS)³³⁵.

O orçamento e o planejamento do SUS ocorrem de maneira ascendente, isto é, do nível local ao nível federal. Nesse processo, são ouvidos os órgãos deliberativos e busca-se compatibilizar as necessidades da política de saúde com a existência e disponibilidade de recursos em planos de saúde dos âmbitos municipais, estaduais, distrital e federal, a base das atividades e programações de cada um dos níveis de direção do SUS (art. 36 da LOS)³³⁶.

Os planos de saúde são elaborados segundo diretrizes que levam em consideração as características epidemiológicas e organizacionais dos serviços em cada jurisdição administrativa, sendo que o Conselho Nacional de Saúde tem papel relevante na fixação desse norte³³⁷.

Por fim, destaca-se o art. 38 da LOS, segundo o qual às instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa não poderão receber subvenções e auxílios³³⁸.

A Lei 8.142/1990 dispõe, de modo complementar à LOS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O art. 2º da referida lei estabelece como os recursos do FNS podem ser alocados: i) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades; ii) investimentos previstos em lei orçamentária; iii) Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; e iv) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e DF, sendo estes recursos destinados a investimentos relacionados à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde, na rede³³⁹.

Os recursos alocados como “cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal” (art. 2º, IV, da Lei 8.142/1990) serão repassados de maneira regular e automática, sendo 70% para os Municípios, e o restante, para os Estados e DF, de acordo com os critérios do art. 35 da Lei 8.080/1990. Ademais, é dada aos Municípios a possibilidade de remanejar, entre si, parcela desses recursos, ao estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde.

Para que os Municípios, Estados e o DF recebam os recursos previstos no art. 2º, IV, devem obedecer, entre outros critérios: contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano

³³⁵ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 40.

³³⁶ *Ibidem*. p. 40 e 41.

³³⁷ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [art. 37].

³³⁸ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 41.

³³⁹ BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [art. 2º]. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

de saúde, relatório de gestão, para realização do controle nos termos do art. 33, §4º, da LOS; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e, por fim, Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. O não atendimento dos referidos critérios pelo ente federativo implicará na administração dos recursos pelo respectivo Estado, no caso dos Municípios, ou pela União, no caso dos Estados e do DF³⁴⁰.

3.2.2. Lei Complementar 141/2012

O financiamento e a distribuição de recursos do SUS foi definido por meio da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, que alterou o art. 198, §3º, da Constituição³⁴¹, sendo operacionalizados apenas com a Lei Complementar (LC) 141/2012, após anos de controvérsias entre os entes federativos e a sociedade³⁴².

A referida lei regulamenta, entre outras coisas, os valores mínimos a serem aplicados pela União na área da saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferência e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, e parâmetros de aplicação de recursos mínimos na área da saúde nas três esferas de governo³⁴³.

À União é exigida a aplicação anual, em ações e serviços públicos de saúde, da quantia correspondente ao valor aplicado no exercício financeiro anterior, acrescido, pelo menos, do percentual equivalente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da LOA (art. 5º da LC 141/2012). Caso a variação do PIB seja negativa, o valor não pode ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro³⁴⁴.

Os Estados e o DF, anualmente, aplicarão, no mínimo, 12% do produto da arrecadação dos impostos e recursos previstos nos arts. 155, 157, I, a, e 159, *caput*, II, da Constituição Federal (art. 6º da LC 141/2012)³⁴⁵. Do montante sobre o qual será aplicado o percentual são deduzidas as parcelas transferidas aos respectivos municípios³⁴⁶.

Já os Municípios e o DF devem aplicar 15%, no mínimo, da arrecadação dos impostos e recursos determinados nos arts. 156, 158 e 159, *caput*, I, b, e §3º, da Constituição (art. 8º da

³⁴⁰ BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [art. 4º, parágrafo único].

³⁴¹ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p.37.

³⁴² MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

³⁴³ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 37.

³⁴⁴ *Ibidem*.

³⁴⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

³⁴⁶ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 37 e 38.

LC 141/2012)³⁴⁷. Por fim, em relação ao DF, será aplicado anualmente, no mínimo, 12% do produto de arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e base municipal, em ações e serviços públicos de saúde.

A base de cálculo do Estado, Município e DF, sobre a qual incidirá o percentual, inclui qualquer compensação financeira, instituída ou a ser criada, decorrente de impostos e transferências constitucionais, além de dívida ativa, multa, e juros de mora sobre impostos cobrados de maneira direta, por processo administrativo ou judicial (art. 10 da LC 141)³⁴⁸.

Destaca-se que, sempre que as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas estabelecerem percentual superior ao da LC 141/2012, é aquele que deverá ser observado para a aplicação em ações e serviços de saúde pública em seus respectivos Estados e Municípios³⁴⁹.

Em concordância com a LOS, a Lei Complementar 141/2012 estabelece que os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, são direcionados ao FNS e às demais unidades orçamentárias que compõem o Ministério da Saúde (art. 12)³⁵⁰. Inova ao prever que a administração direta de cada um dos entes da Federação será responsável por manter em funcionamento seu próprio Fundo de Saúde³⁵¹, isto é, unidade orçamentária instituída por lei e que recebe diretamente os repasses previstos nos arts. 6º a 8º da LC 141/2012, conforme o respectivo ente³⁵².

Prevê, ainda, que as transferências de recursos para a área da saúde levarão em conta os mesmos critérios elencados nos arts. 34 e 35 da LOS³⁵³, sendo que os repasses do FNS aos entes se darão de forma direta, regular e automática aos respectivos fundos de saúde, e as transferências dos Estados para os Municípios são realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, conforme os critérios aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (arts. 18 e 20 da LC 141).

Vale destacar que para a verificação da aplicação de recursos mínimos estabelecidos na lei, não podem ser consideradas despesas relativas a políticas públicas centradas em

³⁴⁷ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

³⁴⁸ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 38.

³⁴⁹ *Ibidem*.

³⁵⁰ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 364.

³⁵¹ BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 [art. 14]. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Cons-

tituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

³⁵² BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 [art. 16].

³⁵³ *Ibidem*. [arts. 17 e 19].

determinantes sociais e econômicos, ainda que isso reflita sobre as condições de saúde da população (art. 2º, III, da LC 141/2012). Essa norma impacta grandemente a gestão pública, uma vez que não mais podem ser consideradas despesas de outra natureza para que o patamar mínimo de despesas em saúde seja atingido³⁵⁴.

Determina, também, o art. 4º da referida Lei a exclusão de dispêndios relativos ao pagamento de aposentadorias e pensões, programas de merenda escolar, ações de saneamento básico, ações de assistência social, entre outras, no cálculo das despesas com saúde.

Segundo o Ministro Gilmar Mendes, ainda não é possível avaliar os impactos dos critérios do art. 4º da Lei Complementar sobre a rede de saúde. Como ponto positivo, as restrições podem aumentar o financiamento do sistema de saúde e evitar o desvio de recursos para outras áreas da atuação pública, entretanto, essas normas podem desestimular ações que contribuem para a melhora dos níveis de saúde da população, como é o caso, por exemplo das ações de infraestrutura e de saneamento básico. Afirma, ainda, que será objeto de controvérsia a exclusão de despesas relacionadas com assistência à saúde e que não atendam ao princípio do acesso universal, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata a Lei Complementar (art. 4º, III). Nas palavras do Ministro:

Primeiro, haverá que se definir o conceito de acesso universal e a sua relação com o acesso individual a prestações de saúde. Depois, a partir da regulamentação que certamente virá no âmbito do SUS, caberá debater qual será o impacto dessa norma no sistema como um todo, inclusive no que toca à sua eventual relação com as decisões judiciais que compelem o Poder Público a disponibilizar bens e serviços de saúde a determinados indivíduos.³⁵⁵

Merece observação, ainda, o art. 30 da LC 141, segundo o qual os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde dos entes da Federação serão elaborados de acordo com os preceitos estabelecidos nesta norma. Em conformidade com a LOS, reafirma que o processo de planejamento e orçamento será ascendente, partindo das necessidades de saúde da população de cada região, para que as metas anuais de atenção à saúde e seus respectivos custos sejam estimados. Nesse sentido, cabe reforçar que os Conselhos de Saúde são os responsáveis por deliberar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades³⁵⁶.

Por fim, o controle gerencial da transferência de recursos é feito pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS), por meio do Sistema e Informações sobre Orçamentos em Saúde, cujo principal objetivo é coletar e sistematizar informações sobre receitas totais e

³⁵⁴ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 365.

³⁵⁵ *Ibidem*.

³⁵⁶ BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 [art. 30, §4º].

despesas das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, trazendo transparência e visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos³⁵⁷.

3.2.2.1. Fundo Municipal de Saúde de São Paulo

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) do Município de São Paulo tem previsão na Lei Municipal nº 13.563/2002, regulamentada pelo Decreto Municipal 44.031/2003. Trata-se de uma modalidade de gestão de recursos de natureza financeira e contábil, com finalidade de implementar, consolidar e manter o Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Nesse sentido, segundo o art. 2º da Lei Municipal nº 13.563/2002:

O Fundo Municipal de Saúde - FMS, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde - SMS, tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS, para implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com os princípios e normas a ele aplicáveis.

Assim, o FMS custeia o conjunto de ações e serviços públicos de saúde no município, é regulado de acordo com as normas operacionais do próprio SUS e está vinculado à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sendo o Secretário Municipal de Saúde seu gestor³⁵⁸. A SMS detém, ainda, competência exclusiva para a celebração e a gestão de convênios, contratos ou quaisquer outros ajustes que envolvam recursos destinados ao FMS³⁵⁹.

As receitas do FMS são constituídas, segundo o art. 5º da Lei Municipal 13.563/2002, por recursos do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156, do ADCT; os recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, alínea b, e §3º, do ADCT (redação da EC 29/2000); os recursos transferidos pela União, Estado e outros municípios, destinados às ações e serviços de saúde; recursos provenientes de transferências e doações de instituições públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais, dentre outras receitas³⁶⁰.

³⁵⁷ WERNER, Patricia Ulson Pizarro. 2017. p. 38.

³⁵⁸ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Fundo Municipal de Saúde (FMS). Cidade de São Paulo, Saúde, Participação Social, 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/participacao_social/index.php?p=286620#:~:text=Disposto%20pela%20Lei%20Municipal%20n%C2%BA,no%20munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.>. Acesso em 24 de junho de 2024.

³⁵⁹ SÃO PAULO. Decreto nº 44.031, de 24 de outubro de 2003 [art. 8º]. Regulamenta a Lei nº 13.563, de 24 de abril de 2003, que dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde - FMS e revoga a Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990. São Paulo: Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 2003.

³⁶⁰ SÃO PAULO. Lei nº 13.563, de 24 de abril de 2003 [art. 5º]. Dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde - FMS, revoga a Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 2003.

Somam-se a isso os recursos de outras fontes para o financiamento do SUS em nível municipal, recebidos a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar; auxílios, subvenções, transferências e participações em convênios e ajustes; o produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário; taxas de fiscalização sanitária e outras específicas que o Município venha a criar no âmbito da saúde; receitas de eventos realizados com finalidade específica de auferir recursos para os serviços de saúde; e receitas auferidas de aplicações financeiras de seus recursos.

Deve-se ter em vista que todos os recursos destinados ao FMS serão contabilizados como receita orçamentária municipal, sendo a ele alocadas dotações na lei orçamentária (art. 5º, §1º, da Lei Municipal 13.563/2002). Ademais, as referidas receitas, uma vez arrecadadas, serão repassadas na conta corrente específica do FMS, pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, de acordo com os percentuais definidos na LOA (art. 5º, §2º, Lei Municipal 13.563/2002).

Quanto à aplicação dos recursos, dentre outras despesas, o FMS será aplicado no financiamento total ou parcial de planos, programas e projetos de saúde desenvolvidos pela SMS, direta ou indiretamente; no pagamento de vencimentos, salários, gratificações, remuneração de serviços e encargos de pessoal e de recursos humanos da SMS; no pagamento pela prestação de serviços complementares de saúde firmados com entidades de direito público ou privado, para a execução dos planos, programas e projetos de saúde; na aquisição de material e outros insumos necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos de saúde (art. 6º da Lei Municipal 13.563/2002).

Os referidos recursos, também, poderão ser aplicados na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação das ações e serviços de saúde; no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações e serviços de saúde; na concessão de auxílios e subvenções para o desenvolvimento da atenção à saúde; no atendimento de despesas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações e serviços específicos de saúde; e com amortização e encargos de empréstimos contraídos no âmbito da saúde.

As operações das receitas do FMS são executadas pelo Departamento do Tesouro da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, de acordo com as orientações da SMS, que terá acesso garantido às movimentações financeiras, de modo a otimizar-se a utilização dos recursos disponíveis, por meio de relatórios orçamentários, financeiros, de execução de

tesouraria e de registro de receitas³⁶¹.

A fiscalização e o acompanhamento da gestão do Fundo serão de responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde (art. 4º da Lei Municipal nº 13.563), por meio de relatório contábil e financeiro anual ou relatórios parciais³⁶², e uma vez apreciado será encaminhado ao Tribunal de Contas do Município de São Paulo³⁶³.

3.2.3. Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS é um instrumento de compensação e equilíbrio dos recursos públicos utilizados para a prestação de serviços de saúde a pessoas seguradas por planos de saúde privados. Trata-se de uma obrigação legal das operadoras de planos privados³⁶⁴ e é regulada pela ANS³⁶⁵.

Segundo dispõe o art. 32 da Lei 9.656/1998, as operadoras ressarcirão os serviços de atendimento à saúde previstos em seus contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições integrantes do SUS, sejam elas públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas³⁶⁶.

Essa sistemática visa a desestimular o descumprimento dos contratos celebrados entre as seguradoras de saúde e os usuários e impedir o subsídio, mesmo que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Assim, é uma forma de equidade nas obrigações³⁶⁷.

Para fins de ressarcimento ao SUS pela prestação de ações e serviços de saúde, serão consideradas a cobertura mínima obrigatória fixada pela ANS, por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ou, no caso de planos de saúde não regulamentados, com

³⁶¹ SÃO PAULO. Decreto nº 44.031, de 24 de outubro de 2003 [art. 7º].

³⁶² SÃO PAULO. Decreto nº 44.031, de 24 de outubro de 2003 [art. 3º].

³⁶³ SÃO PAULO. Decreto nº 44.031, de 24 de outubro de 2003 [art. 4º].

³⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 730, de 07 de dezembro de 2023. Aprova Parecer Técnico com manifestação do Conselho Nacional de Saúde sobre questões relativas ao Rol da ANS [Parecer Técnico nº 7/2023-SECNS/DGIP/SE/MS]. Brasília, DF: 2023. Disponível em:

<

³⁶⁵ BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 [art. 4º, inciso VI]. Cria a Agência Nacional de Saúde Suple-

mentar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000.

³⁶⁶ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32]. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

³⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 730, de 07 de dezembro de 2023.

base na cobertura prevista contratualmente³⁶⁸.

Segundo a Lei 9.656/1998, o ressarcimento será efetuado pelas operadoras de saúde ao SUS por meio de crédito ao FNS, conforme regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS³⁶⁹. Os valores ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de saúde³⁷⁰.

A fim de que o ressarcimento seja efetivado, o DATASUS fornece à ANS as informações sobre os atendimentos realizados pelo sistema público, cabendo à agência conferir as informações recebidas com seu banco de dados³⁷¹. Feita a checagem e identificados os beneficiários de seguradoras que utilizaram os serviços do SUS³⁷², a ANS disponibilizará a discriminação dos procedimentos realizados, para cada consumidor, às operadoras de saúde³⁷³, por meio do envio de notificações (chamadas de Aviso de Beneficiário Identificado) para que as operadoras paguem os valores apurados, até o 15º dia a contar do recebimento da notificação³⁷⁴, ou apresentem defesa³⁷⁵.

As operadoras podem apresentar impugnação diretamente à ANS, na qual deve ser alegado o motivo do ressarcimento não ser devido, e, em caso de indeferimento, é possível recorrer contra a decisão proferida, na própria agência.

Finalizado o processo administrativo e constatado que os atendimentos identificados estavam cobertos pelos contratos, são emitidas Guias de Recolhimento da União. As operadoras de planos de assistência à saúde privado que não pagarem as respectivas guias são inscritas em dívida ativa da ANS e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público Federal, sujeitas à cobrança judicial³⁷⁶.

O valor cobrado será acrescido de juros e mora de 1% ao mês ou fração, contados do mês seguinte do vencimento; e multa de mora de 10%³⁷⁷. O produto da arrecadação desses acréscimos será revertido ao FNS³⁷⁸ e não pode ser contabilizado para fins de aplicação mínima

³⁶⁸ *Ibidem*.

³⁶⁹ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32, §1º].

³⁷⁰ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32, §8º].

³⁷¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Espaço Ressarcimento ao SUS. Gov.br, Ministério da Saúde, Compromissos e Interações com a ANS, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>>. Acesso em 09 de agosto de 2024.

³⁷² *Ibidem*.

³⁷³ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32, §2º].

³⁷⁴ *Ibidem*. [art. 32, §3º].

³⁷⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Espaço Ressarcimento ao SUS. 2021.

³⁷⁶ *Ibidem*.

³⁷⁷ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32, §4º, incisos I e II].

³⁷⁸ *Ibidem*. [art. 32, §6º].

de recursos na área de saúde, conforme previsão constitucional³⁷⁹.

Por fim, vale destacar que o Supremo Tribunal Federal (STF) em sede de repercussão geral (Tema 345), reconheceu a constitucionalidade das normas sobre o ressarcimento ao SUS³⁸⁰, sendo fixada a seguinte tese:

É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4-6-1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos.³⁸¹

Segundo a decisão, essa medida está plenamente alinhada com a Constituição, ao impedir que a atividade privada lucrativa seja subsidiada com recursos públicos (art. 199, §2º, da CF)³⁸². A Administração Pública, ao reconhecer a duplicação de cobertura oferecida pelos planos de saúde privados como um potencial problema para o funcionamento do SUS, criou o instituto do ressarcimento, a fim de amenizá-lo, ao menos em seu aspecto financeiro³⁸³.

Quanto à aplicação desse instituto, Parecer Técnico nº 7/2023-SECNS/DGIP/SE/MS.S citando a 8ª Edição do Panorama do Ressarcimento ao SUS, indicou que 41,33% dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelos planos privados de saúde estavam pendentes, em parcelamento ou suspensos judicialmente (dados de 2001 a junho de 2023), o equivalente a quase R\$3,9 bilhões de reais³⁸⁴.

Esse cenário demonstra o potencial do instituto do ressarcimento, baseado em parâmetros como a proporcionalidade, razoabilidade, equilíbrio orçamentário e incentivo ao cumprimento das obrigações firmadas (por parte das seguradoras), e indica que seu uso pode ser melhor aproveitado pela Administração Pública, como potencial alternativa à sobrecarga, ao menos financeira, do sistema público de saúde.

³⁷⁹ *Ibidem*. [art. 32, §9º].

³⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 730, de 07 de dezembro de 2023.

³⁸¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 597064 (Tema de Repercussão Geral 345). Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília. Publicado em 02/06/2021. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2661252&numeroProcesso=597064&classeProcesso=RE&numeroTema=345>>. Acesso em 30 de abril de 2024.

³⁸² BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 730, de 07 de dezembro de 2023.

³⁸³ *Ibidem*.

³⁸⁴ *Ibidem*.

CAPÍTULO 4 – JUDICIALIZAÇÃO E DIREITO À SAÚDE

4.1. Judicialização do direito à saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece fins e programas, orientando para uma condução social democrática e para uma atuação estatal em torno de uma intencionalidade, motivo pelo qual o Texto Constitucional é considerado dirigente³⁸⁵. Mas somente a criação de normas jurídicas impositivas de um dever-ser não se traduz, necessariamente, em efetividade³⁸⁶.

Um problema em especial enfrentado pelas Constituições dirigentes é que prestações positivas do Estado e de dimensão mais universal correspondem a normas programáticas³⁸⁷, isto é, diferentemente do modelo tradicional, requerem efetividade e não apenas eficácia, sendo necessária a intervenção estatal na realidade social³⁸⁸. Há poucas décadas, as previsões programáticas eram consideradas meros parâmetros, indicativos de objetivos e prioridade de atuação estatal, mas atualmente, com a efetividade normativa da Constituição, a sociedade pode exigir a realização dessas despesas públicas, mesmo as atreladas a direitos sociais fundamentais, pelo Estado, inclusive por meio judicial³⁸⁹.

³⁸⁵ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. 24 ed. rev. São Paulo: Saraiva, 1997. ISBN 8502003380. p. 14-15.

³⁸⁶ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. Impactos Orçamentários da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde. p. 26-50. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. vol. 2. Brasília (DF): CONASS, 2018. ISBN 978-85-8071-049-6. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas_do_Fenomeno_da_Judicializacao_da_Saude-1.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2024. p. 29 e 30.

³⁸⁷ LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. 2004. p. 180.

³⁸⁸ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. Os limites da defesa de direitos fundamentais por meio de instrumentos processuais de cognição estreita. Mandado de segurança e o caso da saúde. p. 11-62. In: FREITAS FILHO, Roberto (coord.). Direito à saúde: questões teóricas e a prática dos tribunais. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. ISBN 9786555598278. p. 13.

³⁸⁹ ABRAHAM, Marcus. Teoria dos gastos fundamentais: orçamento público impositivo da elaboração à execução. São Paulo, Almedina, 2021. ISBN 978-65-5627-300-6. p. 280.

O fenômeno da judicialização dos direitos fundamentais, segundo Abraham, é justificado por seis motivos: 1) a Constituição de 1988 foi “pródiga” ao enunciar e assegurar os direitos fundamentais e garantir maior acesso à justiça, nas concepções formal e material; 2) para a visão jurídica moderna, os direitos constitucionais possuem efetividade, de modo que foi criado um poder-dever ao Estado para oferecê-los aos indivíduos; 3) o amadurecimento da democracia brasileira e, conseqüentemente, maior conscientização da população sobre seus direitos; 4) fortalecimento das instituições defensoras dos direitos da sociedade, como o Ministério Público e a Defensoria Pública; 5) incapacidade de gestão do Poder Público; e, por fim, 6) “o administrador público nem sempre dimensiona corretamente ou confere prioridade a certas rubricas orçamentárias, pautando suas escolhas a partir de sua ideologia ou compromissos políticos, em detrimento das previsões constitucionais”³⁹⁰.

Outros motivos da judicialização, segundo José Nalini, são o “hiperindividualismo legislador de si mesmo”, por gerar comportamentos disfuncionais ao sistema, bem como o perfil adversarial, anacrônico³⁹¹, preservado no ensino do direito no Brasil:

O Brasil possui mais Faculdades de Direito do que a soma de todas as restantes existentes nos demais países do Planeta. Isso garante profissionais da área jurídica disponíveis para exercer a veia adversarial decorrente de uma formação anacrônica e focada no Judiciário como única alternativa para a resolução dos conflitos.³⁹²

Como alternativa ao foco no Poder Judiciário, Gilmar Mendes enfatiza o fortalecimento da cultura administrativa, que possibilita a realização do Direito sem a necessidade da intervenção judicial:

Há, entre nós, a consolidada compreensão de que a única forma de efetivar direitos é por meio do Judiciário. É necessário superar a denegação sistemática de direitos amplamente reconhecidos, permitindo-se que a realização do Direito se efetive, se possível, sem intervenção judicial. Nesse sentido, devem ser estimuladas práticas desenvolvidas no âmbito do Ministério Público, das Defensorias Públicas e da própria Administração, por meio das ouvidorias, sistemas de ombudsman ou instituições equivalentes.³⁹³

O direito à saúde, no que se refere à judicialização, é, especialmente, sensível, uma vez que a política pública a ele atrelada possui complexidade adicional e específica em detrimento a outros direitos sociais, como a existência dos sistemas público e privado; o funcionamento da política nos três níveis de governo; as pressões de grupos de interesse; as relações comerciais globais envolvidas; além de questões atreladas a valores e sensibilidades que detém potencial

³⁹⁰ ABRAHAM, Marcus. 2021. p. 276.

³⁹¹ NALINI, José Renato. XV - Judicialização das Políticas Públicas Municipais: Reflexos da sociedade pós-moralista no Brasil. p. 475-486. In: MENDES, Gilmar Ferreira; CARNEIRO, Rafael Araripe (coord.). Gestão pública e direito municipal. São Paulo: Saraiva, 2016 (Série IDP). ISBN: 9788547204662. p. 476 e 477.

³⁹² *Ibidem*. p. 478.

³⁹³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 367.

de bloqueio de fórmulas discursivas minimamente racionais no processo a ser percorrido para a tomada de decisão³⁹⁴. Soma-se a isso a subordinação do direito à saúde aos ditames orçamentários e, em muitos casos, à vontade política dos governantes³⁹⁵.

A “judicialização da saúde” tem nomeado tudo o que diz respeito ao dever do Estado no âmbito da saúde. A expressão “judicialização” não é usada com a mesma ênfase para expressar um volume grande de ações sobre outros assuntos ou com outros objetos, por vezes até maiores do que os da área da saúde. Nesse sentido, Roberto Freitas Filho sugere que, talvez, judicialização “não se refira ao grande número de ações, mas a um campo em que se discute um problema sensível ao Judiciário”³⁹⁶.

Outro ponto destacado pelo autor é que não existe um único tipo de processo judicial no âmbito do direito à saúde. A expressão “judicialização da saúde”, em algum sentido, atrapalha a compreensão e o tratamento do fenômeno que pretende descrever, tendo em vista que a existência de muitos processos sobre o direito à saúde não significa que sejam do mesmo tipo ou devam receber o mesmo tratamento. Sobre os impactos das decisões judiciais para a Administração Pública e a possibilidade de modificação do curso da política de saúde como resultante dessas decisões, segundo o autor, “a mais expressiva diferença entre tipos de processos é relativa a pedidos de medicamentos ditos ‘padronizados’ e os não padronizados”³⁹⁷.

A judicialização do direito à saúde de forma descontrolada e sem parâmetros, segundo André Ramos, traz mazelas como a falta de legitimidade democrática, uma vez que o Poder Judiciário passaria, de maneira indireta, a determinar prioridades do gasto público, outorgando medicamentos e tratamentos não aceitos pelo SUS; seletividade e elitismo, em razão das dificuldades de acesso ao judiciário para obter a tutela de saúde; falta de capacidade institucional para decidir sobre os motivos da ausência de determinado medicamento no rol de fornecimento gratuito ou o motivo de um tratamento ser utilizado e outro não; e a criação de despesas desnecessárias relativas a servidores públicos alocados para o cumprimento das ordens judiciais, contribuindo para uma desorganização ainda maior do setor público de saúde³⁹⁸.

Antunes e Kallás Filho citam outras consequências, também nefastas, da larga prática

³⁹⁴ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 17.

³⁹⁵ LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. 2004. p. 272.

³⁹⁶ FREITAS FILHO, Roberto. Judicialização da saúde e a distinção entre o controle e a intervenção. TJDF, Artigos, 2023. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2023/judicializacao-da-saude-e-a-distincao-entre-o-controle-e-a-intervencao>>. Acesso em 23 de setembro de 2024.

³⁹⁷ *Ibidem*.

³⁹⁸ RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos, 2023. p. 530.

da judicialização da saúde e sem previsões orçamentárias, como descontrolado dos balanços públicos, obstacularização da realização de políticas públicas para um número maior de cidadãos em razão do prestígio de um número reduzido de indivíduos; oneração de contas públicas, consequência das contratações sem licitação com o Poder Público para atender a ordem judicial; o engessamento da Administração, que deverá providenciar recursos para atender às demandas judiciais. Por fim, há a criação de uma supremacia do direito à saúde face a outros direitos, impedindo a criação e o desenvolvimento de políticas públicas em outros setores³⁹⁹.

Outro argumento, nesse sentido, é a interferência do Judiciário na ordem de preferência nos hospitais (filas), destinando leitos médicos para pacientes que, muitas vezes, encontram-se em estado menos grave que os demais. Os provimentos jurisdicionais também podem gerar o aumento dos gastos totais na área da saúde, em razão do remanejamento de recursos de outras áreas ou da criação de créditos adicionais (art. 167, V e VI, da CF); ou a alteração da destinação de recursos para o setor da saúde, com a retirada de dinheiro de determinados programas sociais para o cumprimento de causas judiciais específicas⁴⁰⁰.

A abordagem do fenômeno de ajuizamento massivo de ações de saúde e suas consequências são estabelecidas por grupos que estão, por vezes, em oposição: as decisões de magistrados de tribunais superiores estabelecem critérios racionais universalizáveis, enquanto o padrão decisório de magistrados de primeiro e segundo graus é fortemente concessivo a prestações não previstas, dificultando sua universalização⁴⁰¹.

Nesse cenário, há um problema relevante no que se refere a decisões racionais sobre a destinação de recursos financeiros escassos e norteadas por premissas como a justiça e a eficiência. Os custos para a satisfação dos direitos prestacionais é suportado por toda a sociedade, de modo a ser impossível a adoção de uma solução sem que haja impacto financeiro⁴⁰².

É evidente a grande complexidade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, de modo que consensos conceituais e hermenêuticos sobre limites, possibilidades e alcance da prestação de direitos a que elas se referem tornem-se essenciais. A esse respeito, afirmam Santana e Freitas Filho:

Decidir sobre políticas públicas de modo a nela intervir e reformular esses limites, possibilidades e alcance pode ser gravemente danoso à sua funcionalidade sistêmica e pode gerar injustiças na forma de tratamentos aleatoriamente diferenciados de toda

³⁹⁹ ANTUNES, Marcello; KALLÁS FILHO, Elias. A supremacia do direito à saúde em face de outros direitos fundamentais e os pressupostos para uma decisão prudente. *Revista Forense*. vol. 427, jan./jun. de 2018. p. 115-140. Rio de Janeiro: Forense, 2018. p. 126.

⁴⁰⁰ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B.. 2018. p. 37 a 40.

⁴⁰¹ FREITAS FILHO, Roberto. 2023.

⁴⁰² SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 15.

sorte e ineficiências alocativas e de fruição.⁴⁰³

A relevância da consideração, no processo de decisão, dos impactos na realidade fática decorrentes de decisões judiciais é tamanha que a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB) foi modificada, sendo inserida uma determinação específica que estabelece que essas consequências devem ser consideradas⁴⁰⁴: “Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão” (art. 20).

Ao mesmo tempo, não se deve perder de vista que a realização do potencial humanista da Constituição depende da efetivação dos direitos nela previstos, isto é, sejam garantidos, não só sob aspecto de impedir violações pelo Estado ou particulares, mas também de poder ser exigido o cumprimento das normas constitucionais “que determinam a destinação dos recursos necessários para a prestação dos serviços e a distribuição dos bens necessários para que todos tenham real possibilidade de gozo dos direitos”⁴⁰⁵. Em suma, como afirma Alarcón, “[...] o direito à saúde atravessa as dificuldades próprias das normas tidas como programáticas, o que não pode ser óbice para sua inobservância.”⁴⁰⁶

O desafio que se impõe, portanto, é equilibrar os argumentos favoráveis à Administração Pública, resumidos ao descontrole orçamentário causado por estranhos ao processo da política pública regularmente desenvolvido, e os argumentos favoráveis aos demandantes, que reivindicam a prestação estatal como parte de seu direito humano à saúde⁴⁰⁷. Assim, segundo Bonavides, transformar um Estado em Estado Social é o verdadeiro problema do direito constitucional contemporâneo: “descobrir como judicializar o Estado Social, como estabelecer e inaugurar novas técnicas ou institutos processuais para garantir os direitos sociais básicos, a fim de torná-los efetivos”⁴⁰⁸.

⁴⁰³ *Ibidem*. p. 17.

⁴⁰⁴ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 16.

⁴⁰⁵ DALLARI, Dalmo de Abreu. Estado democrático e social de direito. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. 2. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/estado-democratico-e-social-de-direito_6245c74b5a9ae.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2024. p. 7.

⁴⁰⁶ LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. 2004. p. 278.

⁴⁰⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁴⁰⁸ BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 23. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008. ISBN: 9788574208862. p. 373.

4.2. Mínimo Existencial e Reserva do Possível

Sob influência do desenvolvimento da teoria da força normativa da constituição e do primado dos direitos fundamentais, foram criados instrumentos, por parte da doutrina e da jurisprudência, para tornar viável o exercício dos direitos sociais no caso de omissão dos poderes responsáveis por garanti-los. Um desses mecanismos é o mínimo existencial, teoria que subsidia a interferência judicial para a proteção dos direitos sociais, ainda que não garantidos por meio de lei ou políticas públicas⁴⁰⁹.

A doutrina do mínimo existencial teve origem, na segunda metade do século XX, na cultura jurídica alemã⁴¹⁰. O direito fundamental ao mínimo existencial foi proposto, originalmente, por Otto Bachof, para o qual o respeito à dignidade e à integridade da pessoa dependia da atuação estatal não somente no sentido de possibilitar a atuação livre do indivíduo, mas de fornecer condições materiais para a existência digna⁴¹¹, sendo posteriormente implantado, com algumas variações, no ordenamento jurídico de diferentes países como Portugal, Índia e Colômbia⁴¹².

Na Constituição de 1988, o direito fundamental ao mínimo existencial decorre da extensa positivação dos direitos sociais e do princípio da dignidade humana, enquanto fundamento do Estado brasileiro, e, apesar de haver poucas dúvidas sobre a existência desse direito, no que tange a sua efetividade, muitas vezes, não é concretizado, formando-se um abismo entre a garantia jurídica e a realidade em que expressiva parcela da população vive.

Na doutrina brasileira, podemos destacar o pensamento de Ricardo Lobo Torres⁴¹³, segundo o qual o direito ao mínimo existencial é um pressuposto inicial da liberdade e decorre da

⁴⁰⁹ ESPINOZA, Danielle Sales Echaiz. A Doutrina do Mínimo Existencial. Interfaces Científicas - Humanas e Sociais. Aracaju, vol. 6, n. 1, p. 101-112, jun. 2017. Disponível em: <https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Interf-Hum_v.6_n.1.10.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2024.

⁴¹⁰ CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil. Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário. Brasília, vol. 4, n. 3, jul./set. 2015, p. 94-115. ISSN 2358-1824. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/199/366>>. Acesso em 29 de setembro de 2024.

⁴¹¹ BACHOF, Otto. Der soziale Rechtsstaat in verwaltungsrechtlicher Sicht. In: Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer, Heft 12: Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates; Die auswärtige Gewalt der Bundesrepublik. Berlin: Walter de Gruyter & Co., 1954. p. 42. *Apud.* SARMENTO, Daniel. O Mínimo Existencial. Revista de Direito da Cidade, vol. 08, nº 4, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/26034/19156>>. Acesso em 25 de março de 2024. p. 1645.

⁴¹² SARMENTO, Daniel. *Op. cit.*, p. 1647.

⁴¹³ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, n.177, jul/set. 1989, p. 29-49. ISSN 0034-8007. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/rda/articulo/view/46113/44271>>. Acesso em 20 de março de 2024.

igualdade, dignidade humana e do Estado Social, tendo em vista que deve haver uma proteção aos indivíduos contra a extrema de pobreza⁴¹⁴. Trata-se de um direito implícito na Constituição, sem conteúdo específico, podendo abranger qualquer direito essencial à sobrevivência digna, ainda que não fundamental, e não é quantificável, mas atrelado à qualidade de vida.

Segundo o autor, o mínimo existencial é condição de liberdade, tanto por impedir a interferência do legislador em questões atreladas à existência digna quanto ao dever de prestação estatal básica para alcançar essa vida digna, diferenciando-se dos direitos econômicos e sociais, relacionados à ideia de justiça social, máxima prestação de bem-estar exigível do Estado, a escolhas políticas e à limitação orçamentárias⁴¹⁵.

Para Ana Paula Barcellos, o mínimo existencial relaciona-se à dignidade da pessoa humana e ao aspecto sociocultural, uma vez que o desenvolvimento dos direitos sociais, econômicos e culturais é parte da realização dessa dignidade⁴¹⁶. Por se tratar de um núcleo primordial da dignidade humana, a alegação da reserva do possível, capacidade financeira e separação de poderes não poderiam ser utilizadas para limitar seu cumprimento.

Por fim, no entender de Ingo Sarlet, o mínimo vital, ligado a condições básicas que garantem a existência física do indivíduo, sua sobrevivência, não pode ser confundido com o mínimo existencial. Este apresenta sentido mais amplo, ao buscar a inclusão social, cultural e política mínima, em decorrência do Estado Social. Apesar de não ser possível determinar precisamente os critérios que compõem esse conceito, “todas as prestações indispensáveis à promoção, proteção e fruição de uma vida digna (que podem variar de acordo com as circunstâncias) necessariamente compõem o mínimo existencial”⁴¹⁷.

Para Luís Roberto Barroso, dentre os quesitos definidores do Estado Democrático de Direito, encontra-se o respeito aos direitos fundamentais de todos, incluindo o mínimo existencial. Nas palavras de Barroso: “Sem terem as suas necessidades vitais satisfeitas, as pessoas não têm condições de ser verdadeiramente livres e iguais”⁴¹⁸.

Ainda segundo o autor, a Constituição, com seu modelo político e econômico, visa a correção de distorções presentes na sociedade civil, buscando proteger a população mais

⁴¹⁴ *Ibidem*.

⁴¹⁵ TORRES, Ricardo Lobo. A cidadania multidimensional na era dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.). Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed, rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. ISBN: 8571472777.

⁴¹⁶ BARCELLOS, Ana Paula de. O mínimo existencial e algumas fundamentações: Jonh Rawls, Michael Walzer e Robert Alexy. In: TORRES, Ricardo Lobo (org.). Legitimação pelos direitos humanos. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. ISBN 978-85-71476-15-7. p. 14.

⁴¹⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. Estado socioambiental e mínimo existencial (ecológico) algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). Estado socioambiental e direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. ISBN: 9788573486858. p. 346.

⁴¹⁸ BARROSO, Luís Roberto. 2023. p. 185.

vulnerável, com medidas para a redução das desigualdades e promoção do mínimo existencial, sendo que a solidariedade social, por opção do constituinte, foi eleita como a maneira pela qual esses propósitos da coletividade devem ser atingidos⁴¹⁹, possibilitando o desenvolvimento individual e o da sociedade como um todo.

Quanto ao direito à saúde, Leal entende que este, enquanto condição para a dignidade da pessoa humana, constitui um “indicador constitucional parametrizante do mínimo existencial”. Isto porque é indispensável “à construção de uma Sociedade livre, justa e solidária; à garantia do desenvolvimento nacional; à erradicação da pobreza e da marginalização, bem como à redução das desigualdades sociais e regionais; à promoção do bem de todos [...]”⁴²⁰.

Para Carolina Zockun, o direito à saúde é direito subjetivo público do cidadão e, por ser elemento essencial para a existência de uma vida digna, não pode ser negligenciado pelo Estado⁴²¹. Nas palavras da autora:

[...] tem-se que este (cidadão) faz jus a um serviço público adequado, consistente na utilização de um tratamento individualizado e condigno, com atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, aplicação de vacinas e realização de exames das mais variadas espécies, em conformidade com os avanços da ciência médica e independentemente de sua situação financeira.

Entendemos que este conjunto de ações corresponde ao mínimo existencial no tocante à saúde.

Se, entretanto, o Estado não possuir no país, tratamento adequado para a cura de determinada doença, mas houver comprovação em revista científica, por exemplo, de que há tratamento com ótimos resultados no estrangeiro, o particular poderá pleitear que o Estado arque com o pagamento do tratamento de saúde no país estrangeiro, uma vez que o que está em jogo é justamente o direito à vida e à saúde – ou seja, o mínimo existencial.⁴²²

Deve-se ter em vista que todos os direitos fundamentais possuem um custo, sejam eles de primeira, segunda ou terceira dimensão, como é o caso da manutenção de um aparato policial e jurisdicional para a garantia da liberdade individual; ou de prestações materiais e instituições que assegurem a fruição de direitos de igualdade e fraternidade⁴²³.

Assim, por conta da escassez de recursos a serem utilizados na área da saúde e a ocorrência de “escolhas trágicas”, tem-se buscado estabelecer um limite no que se refere às decisões judiciais, a chamada reserva do possível, importada, também, da Alemanha⁴²⁴.

⁴¹⁹ BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013. ISBN: 9788502190191.

⁴²⁰ LEAL, Rogério Gesta. 2006. p. 29.

⁴²¹ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 76.

⁴²² ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 73 e 74.

⁴²³ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B.. 2018. p. 40.

⁴²⁴ *Ibidem*. p. 42.

Em contraposição ao mínimo existencial, a teoria da reserva do possível estabelece que a efetivação dos direitos sociais por meio de prestações materiais – necessidades quase sempre infinitas a serem supridas⁴²⁵ – se submete à capacidade financeira do Estado, por dependerem do financiamento dos cofres públicos⁴²⁶. No direito brasileiro, essa teoria passou a justificar a existência de limitações à efetivação dos direitos sociais⁴²⁷.

A teoria da reserva do possível vincula-se à análise de questões fáticas, econômicas e políticas, como escassez de recursos e escolhas ideológicas sobre quais direitos satisfazer, e questões jurídicas, uma vez que, eventualmente, os recursos financeiros para a efetivação de direitos sociais podem existir, mas não podem ser utilizados pelo Poder Público, por exemplo, em razão de omissão legislativa ou de limites na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁴²⁸.

Sob essa perspectiva, a concretização de direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, deve-se ater ao fato de que a lei orçamentária, em atenção aos princípios da legalidade e da especificação, estabelece o montante de recursos a ser destinado para a saúde pública. Em um primeiro momento, a análise dos limites fáticos do orçamento é realizada pelo legislador, na elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA); e, posteriormente, pelo Poder Executivo, ao dar cumprimento à disposição legal, realizando a execução orçamentária com a eleição de prioridades a serem atendidas. Assim, não poderia haver interferência do Poder Judiciário⁴²⁹.

Na aplicação do montante de recursos na saúde pública busca-se tornar eficaz o princípio da universalidade de cobertura e atendimento, respeitando a ordem de apresentação das demandas, a gravidade das doenças e a hipossuficiência dos requerentes, bem como aos princípios da seletividade, distributividade (art. 194, parágrafo único, I e III, da CF/88) e integralidade, priorizando as atividades preventivas. Entretanto, os recursos destinados para a área da saúde “nunca são suficientes para o atendimento da crescente demanda, máxime considerando o impacto das decisões judiciais neste aspecto”⁴³⁰.

⁴²⁵ *Ibidem*. p. 42.

⁴²⁶ SCHIER, Paulo Ricardo; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Direitos sociais, reserva do possível e o mínimo existencial: a aporia do meio adequado de satisfação. A&C – Revista de Direito Administrativo Constitucional. Belo Horizonte, ano 18, n. 74, p. 67-96, out./dez. 2018. Disponível em: <<https://revistaec.com/index.php/revistaec/article/view/1047>>. Acesso em 29 de setembro de 2024. p. 73.

⁴²⁷ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 42.

⁴²⁸ STARCK, Christian. Staatliche Organisation und Staatliche Finanzierung als Hilfen zur Grundrechtsverwirklichungen? In: STARCK, Christian (org). Bundesverfassungsgericht und Grundgesetz, Festgabe aus Anlaß des 25 jährigen Bestehens des Bundesverfassungsgerichts. v. II. Tübingen: J. C. Mohr (Paul Siebeck), 1976. p. 480 e ss. *Apud* SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org). Direitos fundamentais, orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 17.

⁴²⁹ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 40 e 42.

⁴³⁰ *Ibidem*. p. 40.

Há que se ter em vista que, no momento da elaboração da LOA, não há conhecimento sobre as ações judiciais de saúde pública em tramitação ou que tramitarão, inviabilizando um dimensionamento exato do que será gasto pelo ente federativo neste âmbito⁴³¹.

Na prática, a maioria dos entes públicos destina apenas o montante mínimo constitucional para a área da saúde. Assim, se há determinação judicial demandando gasto público, são efetuados cortes de recursos que seriam utilizados em programas de saúde. Uma alternativa possível para evitar esse problema é o uso da reserva de contingência (art. 5º, III, da LRF), que não se submete ao princípio da especificação, e poderia ser utilizada, de forma livre, para o pagamento de gastos imprevistos em razão das ações judicializadas⁴³².

Diante desse quadro, a negativa do Estado na prestação de determinado serviço de saúde para o tratamento de um indivíduo doente confere-lhe o direito de ingressar em juízo e exigir o seu cumprimento. Da mesma forma, a omissão ou má prestação dos serviços de saúde geram a responsabilização do Estado pelas perdas e danos causados⁴³³. Para que a atuação do Poder Judiciário na efetivação dessas políticas públicas seja legítima deve estar pautada no mínimo existencial e no respeito à dignidade da pessoa humana, sob pena de converter-se em legislador positivo, violando o princípio da separação dos poderes⁴³⁴.

4.3. Considerações doutrinárias sobre a judicialização da saúde

O Texto Constitucional e a legislação ordinária não dão conta de toda a diversidade de perfis dos entes federados, da população, epidemiológicos e de indicadores de desenvolvimento humano ou econômico, gerando o fenômeno da judicialização da saúde, cujas ações são levadas às últimas instâncias dos poderes constituídos⁴³⁵.

Na controvérsia de posicionamentos doutrinários, há aqueles que são favoráveis a uma judicialização da saúde mais ampla, e os que se opõem aos excessos do referido fenômeno, entretanto nenhum deles nega o direito à saúde ou vai de encontro com o direito de acesso à justiça (art. 5º, XXXV, da CF).

Para Sueli Dallari, o direito ao medicamento não é parte exclusiva de direito social e nem de direito civil, caracterizado por ser um objeto híbrido, e, embora integre os direitos de

⁴³¹ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 42.

⁴³² *Ibidem*. p. 42.

⁴³³ ZOCKUN, Carolina Zancaner. 2009. p. 75 e 76.

⁴³⁴ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 38.

⁴³⁵ SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Org.). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. vol. 2. Brasília (DF): CONASS, 2018. ISBN 978-85-8071-049-6. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas_do_Fenomeno_da_Judicializacao_da_Saude-1.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2024. p. 11.

interesse à saúde, não pode ser confundido com o próprio direito à saúde:

De fato, o medicamento é um objeto híbrido, ao mesmo tempo mercadoria e bem sanitário, fazendo com que o direito que dele se ocupa tenha aspectos puramente contratuais clássicos, decorrentes de sua faceta mercadológica, outros claramente associados aos direitos sociais, que implicam a disciplina legal do acesso a eles enquanto bens indispensáveis ao cuidado da saúde, e outros ainda que estão na estrita dependência do desenvolvimento econômico-social e cultural e que vêm sendo denominados por seu caráter transindividual, identificáveis na proteção aos conhecimentos tradicionais ou na avaliação dos riscos e benefícios éticos dos ensaios clínicos, por exemplo.⁴³⁶

Para a autora, por mais que o avanço científico tenha tornado o medicamento um insumo básico e essencial às ações de saúde, sua capacidade de atuação não se estende a todos os determinantes biológicos das doenças e nem à promoção do bem-estar humano, decorrente de condições ambientais e socioeconômicas⁴³⁷.

Mesmo assim, não é possível ignorar a essencialidade dos medicamentos para garantir o direito à saúde, constituindo importante elemento da política sanitária. A esse respeito, afirmam Picarelli e Aranha:

Produtos de primeira necessidade, os fármacos transcendem os direitos civis para alcançar o patamar de coisa pública. Há, portanto, necessidade de maior controle, zelo e atenção, por parte do Estado, nas políticas de preço, distribuição e fiscalização, entre outros fatores que interfiram ou possam interferir no acesso a medicamentos. Assim, englobadas pelo direito à saúde, as políticas adotadas no mercado de medicamentos possuem importância não só econômica como também social.⁴³⁸

Sobre a judicialização dessas demandas, Buíssa, Bevilacqua e Moreira entendem que a análise sobre a saúde pública não pode ser meramente jurídica, por se relacionar diretamente com questões políticas e econômicas, que interferem de modo negativo para a concretização das políticas públicas dessa área. Assim, consideram imprescindível a atuação do Poder Judiciário para suprir omissões e insuficiências “resultantes da precária e distorcida atividade exercida pelos demais Poderes do Estado”⁴³⁹, especialmente pelo Poder Executivo, responsável por executar o orçamento público e dar concretude às normas emanadas do Poder Legislativo em matéria de proteção social, na qual encontra-se inserida a área da saúde.

Para Santana e Freitas Filho, o problema jurídico da judicialização da saúde decorre da impossibilidade, do ponto de vista econômico, de disponibilizar os melhores e mais avançados tratamentos existentes no mundo ou vagas em hospitais de excelência a todos que necessitassem ou desejassem delas fazer uso. Isto é, a realidade impõe vários tipos de escassezes, decorrentes

⁴³⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁴³⁷ *Ibidem*.

⁴³⁸ PICARELLI, Márcia Flávia Santini; ARANHA, Márcio Iório (org.). Política de patentes e saúde humana. São Paulo: Atlas; 2001. ISBN 8522429839. p. 135-136.

⁴³⁹ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 30.

de diversos limites materiais, seja de escolhas políticas, seja da própria natureza das coisas, impedindo que tudo possa ser acessado irrestritamente por todos. Impõem-se, portanto, a realização de escolhas, que devem ser racionais e regradas. Assim, para os autores, na esfera econômica, devem ser avaliadas as consequências e, na esfera política, a consideração da igualdade perante a lei deve impedir que a piedade, caridade e questões psicológicas do sentimento de culpa adentrem a racionalidade jurídica⁴⁴⁰.

Reconhecendo a complexidade do tema, a Organização Mundial de Saúde constata que nenhum país conseguiu assegurar o acesso integral da população às tecnologias e intervenções de saúde, independentemente do grau de riqueza. A disponibilidade de recursos é um dos principais obstáculos para a cobertura universal, segundo o Relatório Mundial da Saúde produzido em 2010. [...]

Distintamente do argumento de que o direito à saúde seria apropriável como um direito público subjetivo, a chamada “ponderação” deveria considerar o dilema de se julgar entre o direito à vida e à saúde de uns poucos contra o direito à vida e à saúde de muitos.⁴⁴¹

Para José Nalini, ex Presidente do TJSP, o conceito amplo de saúde leva a exageros na judicialização da saúde, e o retrato desse excesso não é um termômetro democrático:

A ampliação do conceito de saúde conduz a exageros, típicos da sociedade da abundância. Assim, não tem sido incomum o pedido de fraldas de determinada marca, cremes infantis, loções e produtos de higiene propostos pela massiva publicidade, invasiva e convincente, à qual todos estão sujeitos. A jurisprudência oscila, assim como as tendências suscetíveis a fundamentar os votos, na República da hermenêutica.⁴⁴²

A lucidez do Ministro Gilmar Mendes, evidenciada quando presidiu o STF e o CNJ, anteviu o trágico da situação. Cem milhões de processos para duzentos milhões de habitantes só pode indicar um quadro patológico. Não é termômetro democrático, a evidenciar o prestígio do Judiciário e uma cidadania atenta à tutela de seus direitos. Significa a mais absoluta incapacidade de a pessoa capaz obter um ajuste de sua vontade contrariada com a do pretense autor da contrariedade. Ou seja: a população está atrelada a uma concepção equivocada de Estado-babá, que a tudo tem de prover e que a considera praticamente imputável.⁴⁴³

Outro aspecto relevante, segundo Abraham, é a legitimidade do Poder Judiciário para implementar políticas públicas na área da saúde, sendo necessária a distinção entre as expressões “judicialização” e “ativismo judicial”, que embora relacionadas, referem-se a fenômenos distintos⁴⁴⁴.

Para o autor, o termo ativismo judicial refere-se ao comportamento dos magistrados que, ao exercerem o controle judicial dos atos dos Poderes Executivo e Legislativo, expandem seus

⁴⁴⁰ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 15 e 17.

⁴⁴¹ *Ibidem*. p. 26.

⁴⁴² NALINI, José Renato. 2016. p. 481.

⁴⁴³ *Ibidem*. p. 476.

⁴⁴⁴ ABRAHAM, Marcus. 2021. p. 281.

poderes institucionais a espaços decisórios típicos dos outros poderes. Abraham destaca, dentre as características essenciais desse fenômeno a possibilidade de controle judicial das omissões inconstitucionais (arts. 5º, LXXI, e 103, §2º, da CF); a aplicação direta de normas constitucionais com forte conteúdo moral e político e com ampla abertura semântica; e o sincretismo metodológico, uma vez que a diversidade de instrumentos de interpretação aumentam a discricionariedade do intérprete em sua decisão⁴⁴⁵.

Segundo Nalini, a discricionariedade da administração pública, na visão clássica da separação de funções do poder, era uma esfera vedada à apreciação judicial, na qual o magistrado não poderia substituir o administrador. Atualmente, tais barreiras se romperam, não havendo “ território indevassável à atuação da Justiça”⁴⁴⁶.

Para Buíssa, Bevilacqua e Moreira, a existência de uma política pública de saúde aprovada por lei e incluída em programas estatais, indica que, anteriormente, as despesas dela decorrente já foram incluídas no orçamento (art. 167, I e II, da CF/88 e art. 16 da LRF), assim, a interferência do Poder Judiciário, ao determinar sua efetivação, é perfeitamente válida. A omissão na implementação das políticas públicas previstas em lei ou em programas governamentais, bem como no cumprimento de decisões judiciais relativas à saúde pública, são inconstitucionais, por violarem o princípio da dignidade da pessoa humana e a essência dos direitos fundamentais, o mínimo existencial e os princípios da proporcionalidade e razoabilidade⁴⁴⁷. Nesse sentido, afirmam os autores:

A legitimidade do Poder Judiciário para o trato da matéria decorre do próprio mandato constitucional recebido, de sua função contramajoritária e, especialmente, do caráter preferencial dos direitos fundamentais. O sistema orçamentário autorizativo brasileiro criou uma grave distorção ao deixar as decisões de dispêndio de dinheiro público sob o talante exclusivo da Administração Pública, que é governada pelo princípio majoritário. Dessa forma, o Judiciário deve assumir a tarefa de proteger as minorias na prestação dos serviços públicos, corrigindo a citada inconsistência. Além disso, a legitimação do Judiciário é advinda da fundamentação de suas decisões, ao contrário dos demais Poderes do Estado, em que a legitimidade se baseia no voto popular.

[...]

Resta avaliar, no entanto, em que medida a interferência do Poder Judiciário na seara da saúde pública conserva a sua legitimidade constitucional⁴⁴⁸.

Porém, estes reconhecem que o Poder Judiciário, historicamente, tem interferido em matérias muito específicas, às vezes indevidamente, “extrapolando os limites de uma atuação restrita à resolução de lides ou à aplicação do direito em casos que lhe são submetidos”⁴⁴⁹.

⁴⁴⁵ *Ibidem*. p. 283.

⁴⁴⁶ NALINI, José Renato. 2016. p. 477.

⁴⁴⁷ BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B.B. 2018. p. 37 e 38.

⁴⁴⁸ *Ibidem*. p. 36 e 37.

⁴⁴⁹ *Ibidem*. p. 35.

Para Abraham, por trás de toda decisão sobre judicialização de direitos fundamentais e sociais, o magistrado, implicitamente, reconhece que o orçamento deveria ter sido elaborado e executado a fim de cumprir essa obrigação, sendo isto passível de correção judicial. Com a omissão da Administração, ocorre um deslocamento atípico de decisões sobre a alocação de recursos (dos órgãos executivos para o Judiciário), com base no Princípio da Subsidiariedade⁴⁵⁰.

Para Santana e Freitas Filho, muitas vezes as decisões que concedem direitos são justificadas com base em enunciados constitucionais genéricos, sob o argumento de que o Poder Judiciário estaria exercendo o seu papel de garantir a concretização e efetivação dos direitos fundamentais. Tais situações trazem um problema de justiça distributiva, na qual indivíduos apropriam-se de recursos de toda a coletividade, e de um sistema jurídico incapaz de regular essa distribuição de maneira justa e racional, o que prejudica sua própria legitimidade. Nas palavras de Santana e Freitas Filho:

Em outras palavras, a sensação de aleatoriedade decisória, de instabilidade semântica das normas e de carência de fundamentos sensatos ou parâmetros decisórios comensuráveis leva à percepção de que o Judiciário é somente mais um campo de luta política por direitos, ao invés de ser o fiador da legalidade e da justiça formal enquanto a busca de decisões isonômicas. Mesmo que esse seja um resultado indesejado da incapacidade dos órgãos estritamente políticos (Parlamento e Executivo) de responderem às demandas sociais mais prementes, talvez seja o caso do exercício judicial da autocontenção, em nome da manutenção das condições de legitimidade.⁴⁵¹

Buíssa, Bevilacqua e Moreira afirmam, ainda, haver uma tendência minoritária que afasta a judiciabilidade do direito à saúde baseada em uma perspectiva liberal clássica e na cláusula da separação dos poderes⁴⁵². Seu argumento central é que não cabe ao Poder Judiciário exercer controle sobre os critérios de conveniência e oportunidade da Administração para atender demandas da sociedade na área da saúde em razão da ofensa ao princípio da tripartição dos poderes, a critérios de dotação orçamentários e à reserva do possível:

Nesse sentido, o doutrinador português Canotilho referiu-se a um movimento chamado “ecological approach”, que pretende colocar o problema dos pobres no âmbito da responsabilidade constitucional e funcional dos juízes. Em razão da inércia dos poderes políticos competentes para implementação de políticas públicas, em manifesta desconformidade com os princípios de justiça, constitucionalmente plasmados, a magistratura assume sua accountability e sua responsiveness para com os pobres, proferindo sentenças de inequívoca conformação político-social. Canotilho discorda deste modelo de atuação, por ser casuísta – sobretudo no âmbito de prestações de saúde – e por faltar legitimidade para apreciação político-judicial das desconformidades constitucionais das políticas públicas. O Poder Judiciário não seria órgão politicamente responsável.⁴⁵³

⁴⁵⁰ ABRAHAM, Marcus. 2021. p. 275 e 276.

⁴⁵¹ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 18.

⁴⁵² BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 36 e 37.

⁴⁵³ *Ibidem*.

Segundo Santana e Freitas Filho, no âmbito das políticas públicas é possível diferenciar quatro casos que levam à análise do Poder Judiciário. O primeiro caso ocorre quando as regras existem, mas não estão sendo cumpridas. Nessa situação, em que há evidente separação entre as funções desempenhadas pelos poderes, o controle judicial ocorre sem que uma nova regra seja constituída. Na segunda hipótese, a regra aplicável no caso é inválida, insuficiente para efetivar o direito fundamental a que se propõe; na terceira situação, inexistente regra para o caso específico; e na quarta, há apenas um enunciado constitucional genérico sobre a existência do direito, sem a existência de uma política pública estruturada aplicável ao caso. Com exceção do primeiro, nos demais casos, o Poder Judiciário participa de maneira ativa, na regulação, fazendo a regra que será o marco normativo de determinado setor⁴⁵⁴.

Ao estender um direito, avançando para além das hipóteses previstas em certo marco regulatório, este é alterado e novas expectativas são geradas a seus destinatários. Ademais, por se tratarem de direitos com limites materiais de várias ordens, a forma pela qual é feita a divisão de recursos será modificada, assim como a isonomia em sua fruição. Em outras palavras, a interferência de uma decisão judicial em uma política pública, que organiza normativamente a maneira pela qual determinado direito será efetivado, haverá sérias consequências a serem consideradas e enfrentadas na formação da decisão⁴⁵⁵.

Sueli Dallari aponta o desequilíbrio de forças entre o capitalismo implantado e os direitos sociais, cujo resultado do embate pode ser percebido na dificuldade de implementação de um sistema de saúde universal:

A política de assistência farmacêutica talvez seja um exemplo muito claro do desequilíbrio das forças. E aí deve-se atentar não só para o “mercado da doença” quanto para entronização da figura econômica do consumidor, ambas privilegiando os aspectos econômicos e financeiros das atividades inerentes à organização dos serviços e produtos de saúde. Outro importante aspecto dessa luta desigual pode ser verificado na atuação do Judiciário, ora afirmando o direito subjetivo a prestações sanitárias em prejuízo da implementação de políticas públicas de saúde, ora, em raras ocasiões, é verdade, assegurando o direito social a políticas sanitárias.⁴⁵⁶

Nesse sentido, Dallari entende que o processo de incorporação de novas tecnologias em saúde é um desafio importante para o SUS e para todos os sistemas sanitários do mundo capitalista, na medida em que o mercado impera no desenvolvimento da inovação científica, buscando o maior lucro possível para remunerar o investimento, em contrapartida ao interesse público de acessar essas novas tecnologias pelo menor custo⁴⁵⁷.

⁴⁵⁴ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 15 e 16.

⁴⁵⁵ *Ibidem*. p. 16.

⁴⁵⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. 2021.

⁴⁵⁷ *Ibidem*.

Nesse sentido também é o entendimento de Santos e Lopes:

Na judicialização, o protagonismo é da atenção hospitalar e da assistência farmacêutica, o que pode encontrar explicação nas necessidades de acesso da população aos serviços de saúde, na cultura hegemônica vigente e nos significativos avanços tecnológicos, tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica. Pode ter explicação na relação entre um setor produtivo globalizado, que defende seus interesses comerciais, e o setor público, que deve fazer escolhas alocativas, o que per si já é um dilema e traz uma série de elementos a serem analisados e discutidos.⁴⁵⁸

Segundo Clenio Schulze, há inúmeros fatores a serem considerados pelos magistrados ao proferirem decisão em ações de judicialização da saúde, como “a influência dos laboratórios farmacêuticos, os limites para os tratamentos experimentais, os conflitos de interesse e a precificação das tecnologias em Saúde”. Essas questões “precisam estar presentes na teoria da decisão judicial para qualificar o trabalho do Poder Judiciário e evitar provimentos não compatíveis com a Constituição”⁴⁵⁹.

Na judicialização da saúde, apesar dos problemas aparecerem na dimensão individual, são coletivos. Tratam-se de lides entre partes limitadas e com objetivo específico definido, pode ter como objeto um direito constitucional ou contratual, firmado entre empresa e consumidor. Ocorre que, no marco do constitucionalismo social e em uma sociedade de massas, esses conflitos mostram-se recorrentes e indicam grupos de titulares de direitos que são potencialmente alcançados por decisões judiciais. Apesar de serem levados ao Poder Judiciário como demandas individuais, esses problemas, em sua essência, são transindividuais⁴⁶⁰.

No sistema constitucional brasileiro existem diversas garantias para a proteção de direitos individuais, de determinados grupos ou de toda coletividade, sendo estabelecida “a atribuição do direito de buscar a proteção, utilizando uma garantia constitucional, não só aos indivíduos mas também a grupos sociais ou a instituições públicas que recebem a atribuição de agir em defesa da coletividade”⁴⁶¹. Apesar disso, no âmbito do direito à saúde, ainda há evidente preferência pelo ajuizamento de ações individuais⁴⁶², e, na maioria dos casos, a discussão é sobre o alcance e a cobertura do serviço prestado e não sobre sua qualidade⁴⁶³.

André Ramos, citando o voto do Ministro Edson Fachin no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566.471, afirma que a busca da tutela judicial deve ocorrer por meio de ações civis públicas, ações coletivas ou individuais que possam tornar-se coletivas, a fim de

⁴⁵⁸ SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Org.). 2018. p. 11.

⁴⁵⁹ *Ibidem*. p. 15 e 16.

⁴⁶⁰ SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. 2021. p. 18.

⁴⁶¹ DALLARI, Dalmo de Abreu. 2021. p. 7 e 8.

⁴⁶² BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. 2018. p. 38 e 39.

⁴⁶³ *Ibidem*.

preservar a igualdade e a universalidade do direito constitucional à saúde, sem que o sistema de justiça seja utilizado para o desvio de recursos para a tutela de alguns⁴⁶⁴.

Para Gilmar Mendes, em muitos casos, a judicialização da saúde deveria ocorrer, preferencialmente, por meio de ações coletivas, especialmente nas hipóteses em que o medicamento pleiteado é aprovado pela ANVISA, mas não consta na lista do SUS. A cultura de pretensões coletivas estimularia o diálogo institucional e a preservação da isonomia, com o atendimento de titulares de iguais direitos em iguais condições⁴⁶⁵.

Segundo o autor, o ajuizamento de ações coletivas deve ser estimulado em razão de apresentarem dados mais completos para o julgamento da lide, devido à participação de mais interessados e especialistas na matéria. Soma-se a isso à redução de gastos gerados à longo prazo para a Administração Pública, uma vez que o Poder Público poderá organizar-se, dentro de prazos razoáveis, para atender, de maneira adequada, as demandas da coletividade⁴⁶⁶.

Entretanto, a falta de articulação conjunta de diversos interessados para a obtenção da tutela é um dos principais problemas para o aumento de ações coletivas nesse setor: os autores planejam suas ações a curto prazo e por meios que aparentam ser mais ágeis e fáceis⁴⁶⁷.

4.4. Evolução jurisprudencial dos Tribunais Superiores em matéria de judicialização da saúde pública

O direito à saúde vem sendo enfrentado e delineado em diversos julgados do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), uma vez que as demandas têm buscado assegurar diversas espécies de prestações, como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares, vagas em UTIs e leitos hospitalares, órteses e próteses, realização de exames e cirurgias e custeio de tratamentos, inclusive no exterior⁴⁶⁸.

Inicialmente, cabe ressaltar que o argumento recorrente da Administração Pública de violação à separação dos Poderes é tradicionalmente afastado pela Suprema Corte, segundo a qual a inércia do Poder Executivo em garantir o direito à saúde, dever constitucional (art. 196), permite que a matéria seja apreciada pelo Poder Judiciário, que exercerá, no caso concreto, o

⁴⁶⁴ RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos, 2023. p. 529.

⁴⁶⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 367.

⁴⁶⁶ *Ibidem*.

⁴⁶⁷ *Ibidem*.

⁴⁶⁸ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 368.

controle judicial dos atos e omissões administrativas⁴⁶⁹.

Em decorrência do significativo número de demandas judiciais relacionadas ao direito à saúde, a Presidência do STF convocou uma audiência pública sobre o tema, em 2009, com a finalidade de esclarecer questões de teor técnico, científico, administrativo, político e econômico envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde e o SUS, além de promover a participação social⁴⁷⁰.

As discussões e conclusões da referida Audiência Pública subsidiaram a decisão do STF na Suspensão da Tutela Antecipada 175, na qual foram fixados alguns parâmetros para a solução judicial de casos sobre direito à saúde, em uma tentativa “de dar resposta ao protagonismo judicial crescente na matéria”. São eles, nessa ordem: 1) a existência ou não de política estatal que engloba a prestação de saúde solicitada pela parte; 2) a motivação para o não fornecimento de determinada ação ou serviço de saúde pelo SUS; 3) necessidade de adequada instrução das demandas de saúde⁴⁷¹.

O terceiro aspecto, refere-se à imprescindibilidade de instrução processual com ampla produção de provas, por exemplo, a comprovação da necessidade do medicamento/tratamento para o proponente e a prévia tentativa de obtenção via administrativa ou oitiva do administrador público sobre as condições para que o serviço de saúde seja prestado. Segundo Mendes:

[...] independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, há a necessidade de adequada instrução das demandas de saúde, para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde.⁴⁷²

O aspecto número um refere-se à existência ou não de política estatal que abarca a prestação de saúde solicitada pela parte, porque, caso exista, o deferimento da prestação pelo Poder Judiciário não ensejará a criação de uma nova política, apenas determinará seu cumprimento. Nesses casos, é evidente a existência do direito subjetivo público à determinada política pública⁴⁷³, isto é, a intervenção judicial busca exigir o cumprimento, pelo Estado, daquilo com o qual já havia se comprometido, por isso, não há ofensa à separação de poderes⁴⁷⁴.

Uma vez constatada a existência de políticas públicas voltadas à concretização do direito à saúde, cabe ao Poder Judiciário identificar as razões que levaram a Administração a não

⁴⁶⁹ *Ibidem.* p. 370.

⁴⁷⁰ *Ibidem.* p. 368.

⁴⁷¹ *Ibidem.* p. 368 e 369.

⁴⁷² *Ibidem.* p. 369.

⁴⁷³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 368.

⁴⁷⁴ RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos, 2023. p. 529.

prestá-la. Há situações em que os medicamentos requeridos constam nas listas do Ministério da Saúde, ou de políticas estaduais ou municipais, mas não foram fornecidos por problemas administrativos, de gestão, do órgão competente. Em casos como este, a ação ou omissão ilícita da Administração Pública não pode prejudicar o indivíduo, singularmente considerado. Assim, há o direito subjetivo à prestação de saúde que está sendo desrespeitado, ensejando a possibilidade de recorrer ao Poder Judiciário para obter sua efetivação⁴⁷⁵.

O aspecto de número dois diz respeito a situações em que a prestação de saúde pleiteada não integra as políticas públicas do Sistema Único de Saúde, sendo preciso verificar o motivo da ausência dessa prestação: i) omissão legislativa ou administrativa; ii) decisão administrativa contrária ao fornecimento; ou iii) expressa vedação legal⁴⁷⁶.

Em certos casos, o SUS não fornece o medicamento específico prescrito pelo médico, mas disponibiliza um similar. Nesse cenário é preciso analisar os motivos alegados que impossibilitariam o paciente de utilizar o medicamento ofertado pelo SUS e ponderar, com razoabilidade, sobre o fornecimento do fármaco especificamente prescrito. Em regra, o tratamento disponível no SUS deve ser privilegiado em detrimento à opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não comprovada a ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente⁴⁷⁷.

Um caso diferente, mais delicado, é o de solicitação de medicamento com registro na ANVISA, mas não previsto nas listas do SUS, isto é, não há nenhum outro tratamento disponível para uma patologia específica. Situação semelhante é a solicitação de fármacos disponíveis no SUS, mas para condições ou doenças diversas da do autor ou mesmo das indicadas na bula. Tais contextos indicam o enfrentamento da adoção da “medicina baseada em evidências” pelo SUS, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, uma vez que a rápida e constante evolução do conhecimento científico, dificilmente é acompanhado pela burocracia administrativa, de forma que o acesso dos pacientes a tratamentos há tempos prestado pela iniciativa privada pode ser excluído, uma vez que a aprovação de novas diretrizes terapêuticas pode-se dar de maneira muito lenta⁴⁷⁸.

Quanto às ações de judicialização da saúde envolvendo o fornecimento de medicamento ou tratamento não constante das políticas públicas do SUS, em linhas gerais, o STF e o STJ defendem que o Poder Judiciário deve zelar pela implementação adequada do direito à saúde,

⁴⁷⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 366.

⁴⁷⁶ *Ibidem*. p. 368.

⁴⁷⁷ *Ibidem*. p. 366 e 368.

⁴⁷⁸ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 366 e 369.

mas estabeleceram, para essa hipótese, parâmetros estritos.

Em 2018, o STJ, no julgamento do Recurso Especial (REsp) 16.571-56 (Tema 106), fixou, para fins do art. 1.036 do Código de Processo Civil, a seguinte tese:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;

iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.⁴⁷⁹

O STJ definiu a controvérsia com base na legislação do SUS, mas o STF discutiu a mesma matéria (critérios para fornecimento de medicamentos fora da lista oficial do SUS), sob a ótica do art. 196 da Constituição Federal⁴⁸⁰, no RE 566.471/RN, com repercussão geral (Tema 6)⁴⁸¹, julgado no dia 20 de setembro de 2024. Foi fixada a seguinte tese:

1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo.

2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação:

(a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item '4' do Tema 1.234 da repercussão geral;

(b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011;

(c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

(d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise;

(e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e

(f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.

3. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do artigo 489, § 1º, incisos V

⁴⁷⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1657156/RJ (Tema de Repercussão Geral 106). Relator Min. Benedito Gonçalves. Brasília. Julgado em 25/04/2018 e publicado em 04/05/2018. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106>. Acesso em 14 de dezembro de 2023.

⁴⁸⁰ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 367.

⁴⁸¹ Judicialização da Saúde - Fornecimento de medicamentos pelo Poder Público. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: CADIP, TJSP, 2022. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPublico/Pdf/Cadip/Esp_CADIP_Jud_Sa%C3%BADe_2ed_2022-06-01.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2024. p. 20.

e VI, e artigo 927, inciso III, § 1º, ambos do Código de Processo Civil, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente:

(a) analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo;

(b) aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, previstos no item 2, a partir da prévia consulta ao [...] NATJUS, sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado aos autos pelo autor da ação; e

(c) no caso de deferimento judicial do fármaco, oficiar aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS.⁴⁸²

Dentre os fundamentos da decisão que deu origem à tese, foi considerado o limite orçamentário do Estado, os prejuízos às políticas públicas de saúde decorrentes da grande quantidade de ações judiciais, comprometendo a organização e a eficiência do SUS, e a atribuição da CONITEC para decidir sobre a incorporação de um medicamento no SUS⁴⁸³.

Cabe mencionar, quanto à tese, que o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), criado pela Resolução do CNJ 238/2016, visa subsidiar e aprimorar o conhecimento técnico dos magistrados para a solução das demandas na área da saúde, bem como conferir maior celeridade no julgamento das ações. A nota técnica do NATJUS é um documento de caráter científico, produzido sob demanda, para auxiliar a tomada de decisão em uma ação específica, uma vez que se propõe a responder questões clínicas sobre os potenciais efeitos de certa tecnologia para a condição de saúde vivenciada por um indivíduo. O conjunto de notas técnicas e pareceres emitidos formarão um banco de dados nacional no e-NATJUS⁴⁸⁴.

Segundo o Tema 6 do STF, a consulta ao NATJUS ou entes ou pessoas com expertise técnica na área é obrigatória para a apreciação de pedido de fornecimento de medicamentos não incorporados no SUS, sob pena de nulidade da decisão judicial. Assim, os relatórios do NATJUS ganharam ainda mais relevância e seu uso passou a ser mais incentivado.

Em outras hipóteses de judicialização da saúde, o tratamento solicitado é experimental ou o medicamento não possui registro na ANVISA, o que exige uma atuação cuidadosa do Poder Judiciário na análise do caso concreto à luz da legislação. Isso porque a coletividade não

⁴⁸² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471/RN (Tema de Repercussão Geral 6). Tribunal Pleno, Relator Min. Marco Aurélio (Min. Relator para acórdão Luís Roberto Barroso). Brasília. Julgado em 20/09/2024 e publicado em 30/09/2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

⁴⁸³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471 (Tema 6). Informação à sociedade. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_infosociedade_LCFSP.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

⁴⁸⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Sistema e-NatJus. Portal CNJ. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/prog/ramas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>>. Acesso em 30 de setembro de 2024.

pode ser obrigada a arcar com os custos de tratamentos com eficácia duvidosa e que, possivelmente, trazem riscos à saúde do próprio paciente⁴⁸⁵.

Os tratamentos experimentais são aqueles que não têm sua eficácia comprovada cientificamente, e são realizados por laboratórios ou centros médicos, baseando-se em pesquisas clínicas. Esses tratamentos são regidos por normas de regulamentação da pesquisa médica, portanto, o Estado não pode ser obrigado a fornecê-lo⁴⁸⁶.

Nesse sentido o STF, no Tema 500, estabeleceu parâmetros próprios na análise de fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, fixando a seguinte tese:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
3. 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:
 - (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);
 - (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e
 - (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.⁴⁸⁷

Desse modo, como regra, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais e a ausência de registro na ANVISA impede que isso seja feito via decisão judicial, seja porque o registro sanitário é uma garantia do direito à saúde ou porque é competência do Poder Executivo analisar a eficácia de medicamentos, de modo que a intervenção do Poder Judiciário a esse respeito ofenderia a separação das funções do poder⁴⁸⁸.

Excepcionalmente, porém, em caso de mora da ANVISA em apreciar o pedido – prazo superior a 365 dias, na tramitação ordinária⁴⁸⁹ – e preenchidos os requisitos impostos pela Suprema Corte, é possível a obtenção de medicamento sem registro sanitário pela via judicial⁴⁹⁰.

Outra hipótese excepcional, é o fornecimento de medicamento que, embora não registrado na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela referida agência, desde que atendidos os requisitos fixados no Tema Repetitivo 1.116 do STF:

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não

⁴⁸⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 366.

⁴⁸⁶ *Ibidem*. p. 369.

⁴⁸⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 657.718/MG (Tema de Repercussão Geral 500). Redator para o Acórdão Min. Luís Roberto Barroso. Brasília. Julgado em 22/05/2019. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>>. Acesso em 14 de dezembro de 2023.

⁴⁸⁸ RAMOS, André de Carvalho. 2023. p. 529.

⁴⁸⁹ BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 [art. 17-A, §2º].

⁴⁹⁰ RAMOS, André de Carvalho. 2023. p. 530.

possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS.⁴⁹¹

Outra questão relevante a ser considerada em matéria de judicialização da saúde é a responsabilidade de cada um dos entes federativos pelo fornecimento das prestações de saúde. Nesse âmbito, a jurisprudência das Turmas do STF sempre foi favorável ao reconhecimento da responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios nas demandas⁴⁹², o que foi reafirmado pela tese fixada no Tema 793 de repercussão geral do STF:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.⁴⁹³

Considerando que a responsabilidade pela prestação do serviço de saúde é comum a todos os entes federativos (art. 23, II, da CF), que respondem de forma solidária, a proposição de ação judicial contra eventual ação ou omissão ilícita na prestação de um serviço de saúde pode se dar contra qualquer ente federado. O objetivo é que o sujeito ativo não seja prejudicado por uma eventual discussão sobre repartição de competências e ônus financeiro gerado pelo produto ou serviço demandado⁴⁹⁴.

No próprio julgamento do processo que deu origem à tese do Tema 793⁴⁹⁵ foram estabelecidas exceções, nas quais a ação somente pode ser ajuizada contra a União. São as seguintes hipóteses: medicamentos ainda não aprovados pela ANVISA; medicamentos solicitados para uso diverso do prescrito (uso *off label*); medicamentos aprovados pela ANVISA, mas ainda não padronizados pela CONITEC e incluídos na RENAME ou na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); e, por fim, os medicamentos aprovados e padronizados, cujos gastos foram atribuídos à União⁴⁹⁶.

⁴⁹¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1.165.959 (Tema de Repercussão Geral 1.161). Relator para acórdão Min. Alexandre de Moraes. Brasília. Julgado em 21/06/2021. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5559067&numeroProcesso=1165959&classeProcesso=RE&numeroTema=1161>>. Acesso em 10 de agosto de 2024.

⁴⁹² MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 369.

⁴⁹³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 855.178-SE (Tema de Repercussão Geral 793). Relator Min. Luiz Fux, redator do acórdão Min. Edson Fachin. Julgado em 23/05/2019. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>>. Acesso em 08 de agosto de 2024.

⁴⁹⁴ RAMOS, André de Carvalho., 2023. p. 531.

⁴⁹⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 855.178/SE (Tema de Repercussão Geral 793). 2019.

⁴⁹⁶ RAMOS, André de Carvalho. 2023. p. 531.

No Tema Repetitivo 686 do STJ, a questão submetida a julgamento foi a obrigatoriedade de chamamento ao processo (art. 77, III, do Código de Processo Civil) da União nas ações em que se pleiteia o fornecimento de medicamentos, sendo firmada a seguinte tese:

O chamamento ao processo da União com base no art. 77, III, do CPC, nas demandas propostas contra os demais entes federativos responsáveis para o fornecimento de medicamentos ou prestação de serviços de saúde, não é impositivo, mostrando-se inadequado opor obstáculo inútil à garantia fundamental do cidadão à saúde.⁴⁹⁷

Por fim, o Tema de repercussão geral 1.234, do STF, em setembro de 2024, entre outras coisas, determinou que, para a fixação de competência, as demandas sobre medicamentos não incorporados pelo SUS e registrados na ANVISA tramitarão na Justiça Federal quando o valor anual do fármaco ou do princípio ativo for igual ou superior ao valor de 210 salários mínimos (art. 292 do Código de Processo Civil). Vale observar que, para fins de competência, será considerado apenas a soma do valor do medicamento não incorporado, independente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos⁴⁹⁸.

O Tema 1.234 reafirmou a definição de medicamentos não incorporados – aqueles que não integram a política pública do SUS, estão previstos nos PCDTs para outras finalidades, não possuem registro na ANVISA ou de uso off label sem integrarem PCDT ou lista do componente básico – e a competência da Justiça Federal para julgar ações que demandam o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA (já estabelecida no Tema 500 do STF).

Por fim, merece menção a determinação da tese para que as ações sobre fornecimento de medicamentos (incorporados ou não no SUS) inseridas na competência da Justiça Federal sejam custeadas integralmente pela União, cabendo ressarcimento integral, por parte dela, no caso de condenação supletiva de outros entes e redirecionamento pela impossibilidade de cumprimento por aquela⁴⁹⁹.

Mesmo com o enfrentamento de tantos temas, muitos outros, também sensíveis sobre essa matéria, aguardam julgamento pelos Tribunais Superiores, como é o caso do RE-RG 630.852 (Tema 381 do STF), referente à aplicação do Estatuto do Idoso a contratos de planos

⁴⁹⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1203244/SC (Tema de Repercussão Geral 686). Relator Min. Herman Benjamin. Julgado em 09/04/2014 e publicado em 17/06/2014. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=686&cod_tema_final=686>. Acesso em 11 de agosto de 2024.

⁴⁹⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1366243 (Tema de Repercussão Geral 1.234). Relator Min. Gilmar Mendes. Julgado em 16/09/2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>>. Acesso em 30 de setembro de 2024.

⁴⁹⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1366243 (Tema de Repercussão Geral 1.234). Relator Min. Gilmar Mendes. Julgado em 16/09/2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>>. Acesso em 30 de setembro de 2024.

de saúde firmados em período anterior a sua vigência⁵⁰⁰.

4.4.1. Caminho de ponderação entre Reserva do Possível e Mínimo Existencial?

As teses dos temas de repercussão geral anteriormente citadas pretendem balizar as decisões do Poder Judiciário brasileiro sobre a concessão de medicamentos. A judicialização da saúde, como afirma Marcus Coêlho, é um tema “repleto de complexidades e sutilezas que não foram exauridas com as conclusões extraídas dos julgados do STJ e do STF e espera-se que essas cortes se debrucem novamente sobre a questão a partir de outros ângulos”⁵⁰¹.

O esforço para criar parâmetros e critérios uniformes de decisão, porém, demonstra que o Poder Judiciário não ignora as dificuldades de planejamento enfrentadas pelos gestores públicos em razão do elevado número de decisões judiciais, que geram custos não previstos.

A fixação de teses com critérios objetivos para o fornecimento de medicamentos em demandas judiciais, resguardados casos excepcionais, indica o caminho encontrado para o equilíbrio entre a efetividade do direito à saúde e as limitações orçamentárias do SUS⁵⁰². Isto é, um modelo de judicialização excepcional, no qual, em casos de tratamentos e medicamentos ainda não inseridos nas políticas públicas de saúde, a regra geral é a proibição da atuação do Poder Judiciário, excepcionalmente sua intervenção é possível, obedecendo a diversos parâmetros, como os estabelecidos nos Temas 500 e 1.161 do STF e 106 do STJ. Nesse modelo, a tutela ao direito à saúde referente a políticas estatais já adotadas, mas implementadas insuficientemente ou de modo falho, não será afetada⁵⁰³.

Espera-se que, ao receberem diversas ações sobre saúde pública, os julgadores considerem, em cada caso, as diretrizes jurisprudenciais e as dificuldades reais enfrentadas pela gestão da Administração Pública, conforme estabelece o art. 22 da LINDB. A consideração desses fatores é essencial para “a manutenção da promessa constitucional de um sistema de saúde público universal que concretize o direito à saúde e à vida”⁵⁰⁴.

⁵⁰⁰ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. 2023. p. 371.

⁵⁰¹ COÊLHO, Marcus Vinicius Furtado. O Direito Constitucional, a saúde e sua evolução. Consultor Jurídico, 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao/>>. Acesso em 05 de janeiro de 2024.

⁵⁰² *Ibidem*.

⁵⁰³ RAMOS, André de Carvalho. 2023. p. 530.

⁵⁰⁴ COÊLHO, Marcus Vinicius Furtado. 2020.

CAPÍTULO 5 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

5.1. Sistema público de saúde: o perfil do Município de São Paulo

O Município de São Paulo, capital do Estado, é a cidade mais populosa do país⁵⁰⁵, com 11.429.865 habitantes – dentre os quais 47,0% são homens e 53,0% são mulheres – e densidade demográfica de 7.514,16 habitantes por quilômetro quadrado⁵⁰⁶. Sua força de trabalho é formada por 7,2 milhões de pessoas, com 0,5 milhão de pessoas desocupadas e 6,7 milhões ocupadas, com rendimento efetivo médio de R\$5.449,00⁵⁰⁷.

A pirâmide populacional, no ano de 2023, apontou como idade média da população 37,9 anos, sendo que 16,75% pertencia à faixa etária de 00 a 14 anos de idade (1.914.084); 70,47% à faixa de 15 a 64 anos de idade (8.054.329); e 12,78% com idade igual ou superior a 65 anos (1.461.452)⁵⁰⁸.

O Município encontra-se na quarta fase do processo de transição demográfica, apresentando baixas taxas de natalidade e mortalidade e estabilidade no crescimento vegetativo. Tais condições proporcionam um envelhecimento populacional crescente, ampliando a demanda por ações de cuidado voltadas para doenças crônicas não transmissíveis, agravadas por comorbidades⁵⁰⁹, sendo estas as principais causas de morte no município⁵¹⁰.

Em razão do envelhecimento incidir de maneira desigual entre as regiões da cidade, as localidades consideradas mais pobres, com uma população formada, majoritariamente, por crianças e adultos jovens, apresentam disparidades que demandam modelos diferenciados nos

⁵⁰⁵ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º Quadrimestre de 2020 (janeiro a dezembro). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_PC3_QD2020_v02_relatorio.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2024. p. 5.

⁵⁰⁶ SEADE População. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://populacao.seade.gov.br/>>. Acesso em 31 de julho de 2024.

Observações: foram considerados os dados do Município de São Paulo e da Região Administrativa como divisão regional, e o ano de 2023.

⁵⁰⁷ SEADE Trabalho. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://trabalho.seade.gov.br/ocupacao-e-rendimento/>>. Acesso em 10 de agosto de 2024. (dados do 1º trimestre de 2024)

⁵⁰⁸ SEADE População. *Op. cit.*

⁵⁰⁹ Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – Acompanhamento Orçamentário e Financeiro. 2020. p. 5.

⁵¹⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim CEInfo, Saúde em Dados, ano XXII, n. 22, jul. 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/capas_publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2023.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024. p. 22.

serviços de assistência⁵¹¹.

Parcela importante de sua economia, o Município de São Paulo apresenta um relevante centro tecnológico de saúde, um complexo médico-hospitalar de referência no país e no mundo, que realiza, no âmbito da saúde pública, o maior número de internações e de procedimentos ambulatoriais de baixa, média e alta complexidade no SUS, em comparação com o restante do país⁵¹².

Quanto à cobertura, exclusiva pelo SUS, da população do município de São Paulo, foram encontrados os seguintes dados:

Tabela 1 - Cobertura do Município de São Paulo pelo SUS, nos anos de 2020 a 2023				
<i>Ano</i>	<i>Nº de Beneficiários da Saúde Suplementar</i>	<i>Nº da População Exclusiva do SUS</i>	<i>População Total</i>	<i>Cobertura do SUS no Município (%)</i>
2020	5.715.883	5.791.717	11.507.600	50,33
2021	5.892.234	5.588.666	11.480.900	48,68
2022	5.940.611	5.509.998	11.450.609	48,12
2023	5.847.020	5.582.845	11.429.865	48,84

Fonte: Tabnet Saúde, Governo de São Paulo

Observa-se que, com base no número de beneficiários da saúde suplementar, foi feita uma estimativa da população exclusiva do SUS residente no Município de São Paulo. A cobertura exclusiva do SUS no município foi de 50,33%, 48,68%, 48,12% e 48,84% nos anos de 2020 a 2023, respectivamente⁵¹³.

5.2. Judicialização da saúde pública no Município de São Paulo

5.2.1. Perfil das demandas judiciais

⁵¹¹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2020. p. 5.

⁵¹² SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2020. p. 10.

⁵¹³ SÃO PAULO. Tabnet. 47B - Estimativa da População SUS Dependente (com base na Saúde Suplementar). Tabnet Saúde, Governo de São Paulo. Disponível em: <https://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind47b_matriz.def>. Acesso em 31 de agosto de 2024.

Observações: foram considerados como linha o ano, a coluna como não ativa, o conteúdo selecionado – benef saúde suplem; pop exclusiva SUS; população total e cobertura SUS. Dos anos disponíveis foram selecionados os dados de 2020 a 2023, referentes ao Município de São Paulo. Conforme indicado pelo próprio site, a fonte de beneficiários foi a ANS e a fonte da população foram estimativas feitas pela SEADE. Observa-se, ainda, que a cobertura de saúde suplementar corresponde ao percentual da população beneficiária de planos de saúde de assistência médica no total da população residente.

Os dados utilizados no presente trabalho foram retirados dos sites oficiais do Tribunal de Justiça do Estado (TJSP) de São Paulo e da Prefeitura do Município de São Paulo.

Em 2020, do total de 10.595 casos novos de saúde, 9,94% deles foram de Saúde Pública; 70,73% de Saúde Suplementar e 19,33% dos demais ramos. Já em 2021, houve um total de 11.299 Casos Novos de Saúde, sendo 9,60% deles de Saúde Pública; 71,53% de Saúde Suplementar e 18,87% dos demais ramos⁵¹⁴.

Em 2022, do total de 11.983 casos novos de saúde, 68,64% deles eram de Saúde Suplementar; 12,08% de Saúde Pública e 20,45% dos demais ramos. Em 2023, foram 13.494 casos novos de saúde ao todo, sendo 13,53% deles foram de Saúde Pública, 71,20% de Saúde Suplementar e 18,23% dos demais ramos⁵¹⁵.

A tabela a seguir refere-se a demandas sobre saúde ajuizadas na Justiça Estadual de São Paulo, no Município de São Paulo, divididas conforme o ramo, segundo divisão do TJSP, no período de 2020 a 2023:

Tabela 2 - Casos Novos em Saúde nos anos de 2022 e 2023, conforme o ramo								
Ano	2020		2021		2022		2023	
<i>Ramo (TJSP)</i>	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<i>Saúde Pública</i>	1.053	9,94	1.085	9,60	1.447	12,81	1.826	16,16
<i>Saúde Suplementar</i>	7.494	70,73	8.082	71,53	8.225	72,79	9.608	85,03
<i>Demais Ramos</i>	2.048	19,33	2.132	18,87	2.311	20,45	2.060	18,23
<i>Total de Casos Novos em Saúde</i>	10.595	100	11.299	100	11.983	100	13.494	100

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - Painel de Saúde

Tabela 3 - Casos Novos em Saúde Pública por grupo de parte passiva, no período de 2020 a 2023												
Ano	2020			2021			2022			2023		
Parte Passiva	vezes que figura o polo passivo		n° de processos no polo passivo	vezes que figura o polo passivo		n° de processos no polo passivo	vezes que figura o polo passivo		n° de processos no polo passivo	vezes que figura o polo passivo		n° de processos no polo passivo
	n°	%		n°	%		n°	%		n°	%	
<i>Municipalidade</i>	492	27,00	404	510	27,39	427	766	30,99	658	810	27,36	686
<i>Outros</i>	1224	67,18	927	1274	68,42	937	1.610	65,13	1.231	2035	68,75	1.591
<i>Fundação/Instituição/Escola</i>	52	2,85	46	51	2,74	44	53	2,14	49	64	2,16	55

⁵¹⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - TJSP. Casos Novos de Saúde. TJSP, Estatísticas, Painel de Saúde. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>>. Acesso em 21 de junho de 2024.

⁵¹⁵ *Ibidem*.

<i>Empresas S/A</i>	54	2,96	14	27	1,45	21	43	1,74	31	51	1,72	39
<i>TOTAL</i>	1.822	100,00	*	1862	100	*	2.472	100,00	*	2960	100	*

* A somatória dos números da coluna “n° de processos no polo passivo” nos anos de 2020 a 2023, são, respectivamente, 1.391, 1.085, 1.447 e 1.828. Esses valores não são os mesmos apresentados, no ramo de Saúde Pública, pela Tabela 2 (1.053, 1.085, 1.447 e 1.826, respectivamente). Isso ocorre por conta da contabilização repetida de processos que, por possuírem mais um polo passivo, aparecem em mais de uma categoria de parte passiva.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - Painel de Saúde

Especificamente no âmbito da Saúde Pública, no período de janeiro a dezembro de 2020 foram ajuizados 1.053 casos novos (Tabela 2), sendo a Municipalidade a parte passiva 492 vezes (27,00%), totalizando 404 processos (Tabela 3). Tal diferença, também presente nas outras categorias de parte passiva e nos dados dos anos subsequentes, acontece porque o mesmo processo pode ser contabilizado mais de uma vez por apresentar mais de um polo ativo e/ou mais de um polo passivo.

Ainda em relação ao ano de 2020, a categoria “Outros” foi acionada judicialmente como parte passiva 1.224 vezes (67,18%), totalizando 927 processos; as Fundações/Instituições/Escolas foram acionadas 52 vezes (2,85%), totalizando 46 processos, e as Empresas S/A foram acionadas na parte passiva 54 vezes (2,96%), totalizando de 14 ações⁵¹⁶.

No ano 2021, foram ajuizados 1.085 casos novos (Tabela 2), sendo a Municipalidade acionada no polo passivo 510 vezes (27,39%), totalizando 427 processos⁵¹⁷. Aparecem, também, “Outros”, 1.274 vezes (68,42%), totalizando 937 processos; Fundação/Instituições/Escolas 51 vezes (2,74%), totalizando 44 processos; e Empresa S/A 27 vezes (1,45%), totalizando 21 processos⁵¹⁸.

No ano 2022, foram ajuizados 1.447 casos novos (Tabela 2), sendo a Municipalidade acionada no polo passivo 766 vezes (30,99%), totalizando 658 processos⁵¹⁹. Aparecem, também, “Outros”, 1.610 vezes (65,13%), totalizando 1.231 processos; Fundação/Instituições/Escolas 53 vezes (2,14%), totalizando 49 processos; e Empresa S/A 43 vezes (1,74%), totalizando 31 processos⁵²⁰.

No ano 2023, foram ajuizados 1.826 casos novos (Tabela 2), sendo a Municipalidade acionada no polo passivo 810 vezes (27,36%), totalizando 686 processos⁵²¹. Aparecem, também, “Outros”, 2.035 vezes (68,75%), totalizando 1.591 processos;

⁵¹⁶ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

⁵¹⁷ Observação: Dentre essas 510 vezes que a Municipalidade ocupou o polo passivo, 364 casos foram considerados uma vez, 55 casos 2 vezes, 3 casos 3 vezes, 4 casos 4 vezes e um caso 11 vezes.

⁵¹⁸ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

⁵¹⁹ Observação: Dentre essas 766 vezes que a Municipalidade ocupou o polo passivo, 88 casos foram considerados 02 vezes, 7 casos, 3 vezes, e 2 casos, 4 vezes.

⁵²⁰ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

⁵²¹ Observação: Dentre essas 810 vezes que a Municipalidade ocupou o polo passivo, 577 foram considerados uma única vez, 104 casos, 02 vezes; 1 caso, 3 vezes; e 6 casos, 4 vezes.

Fundação/Instituições/Escolas 64 vezes (2,16%), totalizando 55 processos; e Empresas S/A 51 vezes (1,72%), totalizando 39 processos⁵²².

Quanto aos assuntos das demandas judiciais (Tabela 4), vale observar que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou as Tabelas Processuais Unificadas do Poder Judiciário (Resolução nº 46/2007) a fim de uniformizar a taxonomia e a terminologia das classes, assuntos e movimentações aplicáveis aos órgãos do Poder Judiciário⁵²³. Seguindo essa uniformização, o Direito da Saúde Pública foi dividido em sete segmentos (e respectivos desdobramentos)⁵²⁴:

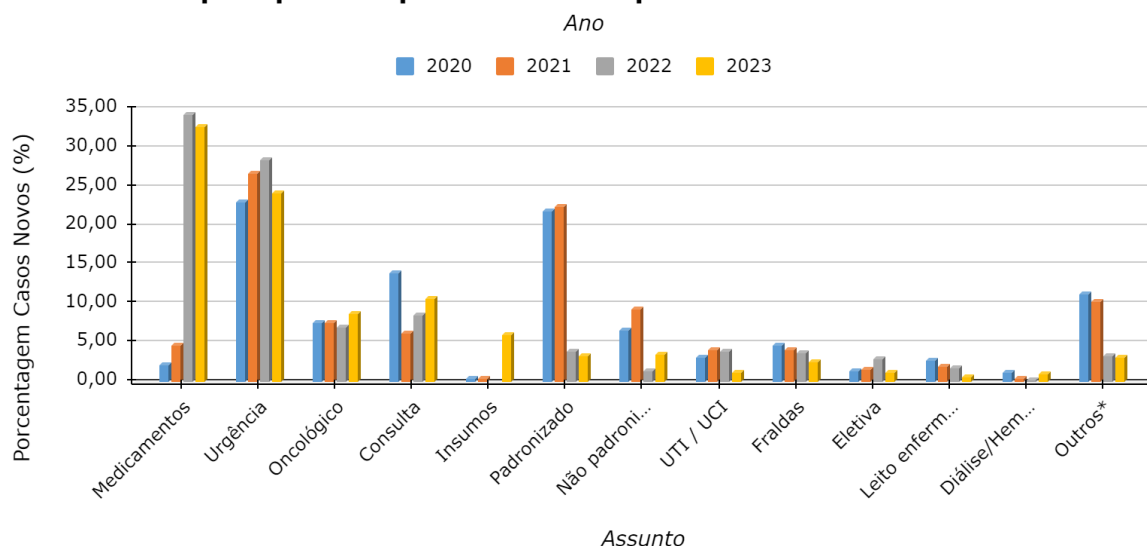
- A) Fornecimento de Medicamentos: inclui medicamento oncológico (*oncológico*); medicamento registrado na ANVISA e padronizado (*padronizado*) e medicamento registrado na ANVISA e não padronizado (*não padronizado*).
- B) Fornecimento de Insumos: inclui cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar; curativos/bandagem; e fraldas.
- C) Internação/Transferência Hospitalar: inclui leito de enfermaria/leito oncológico; e unidade de terapia intensiva/unidade de cuidados intensivos (*UTI/UCI*).
- D) Tratamento Médico-Hospitalar: inclui cirurgia; cirurgia eletiva (*eletiva*); cirurgia urgente (*urgência*); consulta; e diálise/hemodiálise.
- E) Tratamento Domiciliar (*Home Care*)
- F) Vigilância Sanitária e Epidemiológica
- G) SUS: inclui convênio médico com o SUS; controle social e conselhos de saúde; financiamento do SUS; repasse de verbas do SUS; ressarcimento do SUS; e terceirização do SUS.

⁵²² SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

⁵²³ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Tabelas processuais unificadas. CNJ, Programas e Ações. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/tabela-processuais-unificadas/>>. Acesso em 23 de julho de 2024.

⁵²⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Consulta Pública de Assuntos - Sistema Eletrônico de Gestão. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_assuntos.php>. Acesso em 23 de julho de 2024.

Gráfico 1 - Porcentagem de Casos Novos em que a Municipalidade integra o polo passivo por assunto no período de 2020 a 2023



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - Painel de Saúde [Outros*⁵²⁵]

Tabela 4 - Porcentagem de Casos Novos de Saúde Pública em que a Municipalidade integra a parte passiva, por assunto, no período de 2020 a 2023

Assunto	2020	2021	2022	2023
Fornecimento de medicamentos	2,23	4,68	34,35	32,80
Fornecimento de medicamento oncológico	7,67	7,73	6,99	8,89
Fornecimento de medicamento registrado na ANVISA e padronizado	22,03	22,48	3,95	3,35
Fornecimento de medicamento registrado na ANVISA e não padronizado	6,68	9,37	1,37	3,50
Fornecimento de Insumos	0,50	0,47	-	6,12
Cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar	1,73	2,34	0,76	0,58
Curativos/Bandagem	2,72	2,34	0,76	0,15
Fraldas	4,70	4,22	3,80	2,62
Internação/Transferência Hospitalar				
Leito de enfermagem/leito oncológico	2,72	2,11	1,82	0,73
Unidade de terapia intensiva/Unidade de cuidados intensivos (UTI/UCI)	3,22	4,22	3,95	1,31
Tratamento Médico-Hospitalar				
Cirurgia	0,25	-	-	-
Cirurgia eletiva	1,49	1,64	3,04	1,31

⁵²⁵ **Observação:** Corresponde à somatória da porcentagem dos seguintes assuntos: Convênio médico com o SUS, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar, Curativos/Bandagem, Home Care, Ressarcimento do SUS, Terceirização do SUS, Financiamento do SUS, Controle social e conselhos de saúde, Repasse de verbas do SUS, Cirurgia.

<i>Cirurgia urgente</i>	23,02	26,70	28,42	24,34
<i>Consulta</i>	14,11	6,32	8,66	10,79
<i>Diálise/Hemodiálise</i>	1,24	0,47	0,30	1,02
<i>Tratamento Domiciliar (Home Care)</i>	0,81	0,74	1,22	1,17
<i>Vigilância Sanitária e Epidemiológica</i>	2,97	2,58	0,15	0,73
<i>SUS</i>				
<i>Controle social e conselhos de saúde</i>	0,04	-	-	-
<i>Convênio médico com o SUS</i>	0,99	1,17	0,46	0,44
<i>Financiamento do SUS</i>	0,99	0,47	-	-
<i>Repasse de verbas do SUS</i>	0,04	0,23	-	-
<i>Ressarcimento do SUS</i>	0,25	0,23	-	0,15
<i>Terceirização do SUS</i>	0,5	0,23	-	-
<i>Total de Casos Novos em Saúde Pública em que a Municipalidade integra o polo passivo</i>	404	427	658	686

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - Painel de Saúde

No período de 2020, quanto aos casos novos de Saúde Pública em que a Municipalidade ocupa a parte passiva, foram ajuizadas 404 ações, sendo que o assunto com maior incidência foi *urgência* (23,02%), seguido pelos assuntos *padronizado* (22,03%), *consulta* (14,11%), *oncológico* (7,67%), *não padronizado* (6,68%), *fraldas* (4,70%), *UTI/UCI* (3,22%), *vigilância sanitária e epidemiológica* (2,97%), *curativos e bandagem* (2,72%), *leito de enfermaria/oncológico* (2,72%), *fornecimento de medicamentos* (2,23%), *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar* (1,73%), *eletiva* (1,49%), *diálise/hemodiálise* (1,24%), *convênio médico com o SUS* (0,99%), *financiamento do SUS* (0,99%), *home care* (0,81%), *fornecimento de insumos* (0,50%), *terceirização do SUS* (0,50%), *cirurgia* (0,25%), *ressarcimento do SUS* (0,25%), *controle social e conselhos de saúde* (0,04%), e *repasse de verbas do SUS* (0,04%)⁵²⁶.

Em 2021, do total de 427 casos novos ajuizados, o assunto com maior incidência foi *urgência* (26,70%), seguido pelos assuntos *padronizado* (22,48%), *não padronizado* (9,37%), *oncológico* (7,73%), *consulta* (6,32%), *fornecimento de medicamentos* (4,68%), *UTI/UCI* (4,22%), *fraldas* (4,22%), *vigilância sanitária e epidemiológica* (2,58%), *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar* (2,34%), *curativos e bandagem* (2,34%); *leito de enfermaria/leito oncológico* (2,11%), *eletiva* (1,64%), *convênio médico com o SUS* (1,17%); *home care* (0,74%), *diálise/hemodiálise* (0,47%), *financiamento do SUS* (0,47%), *fornecimento de insumos* (0,47%), *repasse de verbas do SUS* (0,23%), *ressarcimento do SUS* (0,23%),

⁵²⁶ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

terceirização do SUS (0,23%)⁵²⁷.

Em 2022, do total de 658 casos novos ajuizados, o assunto com maior incidência foi *fornecimento de medicamentos* (34,35%), seguido pelos assuntos *urgência* (28,42%), *consulta* (8,66%), *oncológico* (6,99%), *padronizado* (3,95%), *UTI/UCI* (3,95%), *fraldas* (3,80%), *eletiva* (3,04%), *leito de enfermaria/leito oncológico* (1,82%), *não padronizado* (1,37%), *home care* (1,22%), *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar* (0,76%), *curativos e bandagem* (0,76%), *convênio médico com o SUS* (0,46%), *diálise/hemodiálise* (0,30%) e *vigilância sanitária e epidemiológica* (0,15%)⁵²⁸.

Em 2023, do total de 686 casos novos, o assunto com maior incidência foi *fornecimento de medicamentos* (32,80%), seguido pelos assuntos *urgência* (24,34%), *consulta* (10,79%), *oncologia* (8,89%), *fornecimento de insumos* (6,12%), *não padronizado* (3,50%), *padronizado* (3,35%), *fraldas* (2,62%), *eletivas* (1,31%), *UTI/UCI* (1,31%), *home care* (1,17%), *diálise/hemodiálise* (1,02%), *leito de enfermaria/leito oncológico* (0,73%), *vigilância sanitária e epidemiológica* (0,73%), *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar* (0,58%), *convênio médico com o SUS* (0,44%), *curativos e bandagem* (0,15%) e *ressarcimento do SUS* (0,15%)⁵²⁹.

Quanto aos tipos de ação no âmbito da saúde pública, de 2020 a 2023, a maior parte das demandas são individuais, mas foram ajuizadas, também, as seguintes classes: ações civis coletivas, ação civil pública, ação civil pública infância e juventude e ação popular.

Tabela 5 - Tipo de Ações, no âmbito de saúde pública, no período de 2020 a 2023			
Tipo de Ação	Nº total de ações	Municipalidade no polo passivo (nº de ações)	Municipalidade no polo passivo (assuntos)
<i>Ação Civil Coletiva</i>	11	2	-
<i>Ação Civil Pública</i>	24	7	– vigilância sanitária e epidemiológica (57,14%) – padronizado (28,57%) – leito de enfermaria/leito oncológico (14,29%)
<i>Ação Civil Pública Infância e Juventude</i>	20	8	– consulta (25,00%) – urgência (25,00%) – cadeira de rodas/banho/cama hospitalar (12,50%) – fornecimento de medicamentos (12,50%) – leito de enfermaria/leito oncológico (12,50%) – não padronizado (12,50%)
<i>Ação Popular</i>	13	7	– vigilância sanitária e epidemiológica (71,43%) – controle social e conselhos de saúde (14,29%)

⁵²⁷ *Ibidem*.

⁵²⁸ *Ibidem*.

⁵²⁹ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

			– urgência (14,29%)
--	--	--	---------------------

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - Painel de Saúde

A classe de Ação Civil Coletiva registrou 11 casos novos (6 deles ajuizados em 2020), com assuntos *vigilância sanitária e epidemiológica* (81,82%) e *consultas* (18,18%), figurando a Municipalidade no polo passivo em apenas dois deles⁵³⁰.

A classe de Ação Civil Pública registrou 24 casos novos. A Municipalidade figurou no polo passivo em 7 casos, que tiveram como assuntos *vigilância sanitária e epidemiológica* (57,14%), *padronizado* (28,57%) e *leito de enfermaria/leito oncológico* (14,29%)⁵³¹.

A classe de Ação Civil Pública Infância e Juventude registrou 20 casos novos. A Municipalidade figurou no polo passivo em 8 casos, que tiveram como assuntos *consulta* (25,00%), *urgência* (25,00%), *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar* (12,50%), *fornecimento de medicamentos* (12,50%), *leito de enfermaria/leito oncológico* (12,50%) e *não padronizado* (12,50%)⁵³².

Por fim, a classe de Ação Popular registrou 13 casos novos. A Municipalidade figurou no polo passivo em 7 deles, que tiveram como assuntos *vigilância sanitária e epidemiológica* (71,43%), *controle social e conselhos de saúde* (14,29%) e *urgência* (14,29%)⁵³³.

Os dados apresentados pelo site do TJSP se referem ao âmbito da Justiça Estadual. Para obter um panorama mais específico das ações de saúde ajuizadas contra a Municipalidade, foram utilizados os dados do site da Prefeitura do Município de São Paulo.

Tabela 6 - Judicialização da Saúde - SMS/SP - Número de Ações até 31 de dezembro do respectivo ano, por assunto⁵³⁴			
Ano	Nº Total	Nº de Ações por Assuntos	
		<i>Requisição de Medicamentos, Procedimentos e/ou Tratamento</i>	<i>Indenização por Suposto Erro Médico</i>
2021	7.685	6.781	904
2022	9.083	7.714	1.369
2023	11.115	9.301	1.814

Fonte: Relatórios Anuais da Judicialização da Saúde dos anos de 2021 a 2023

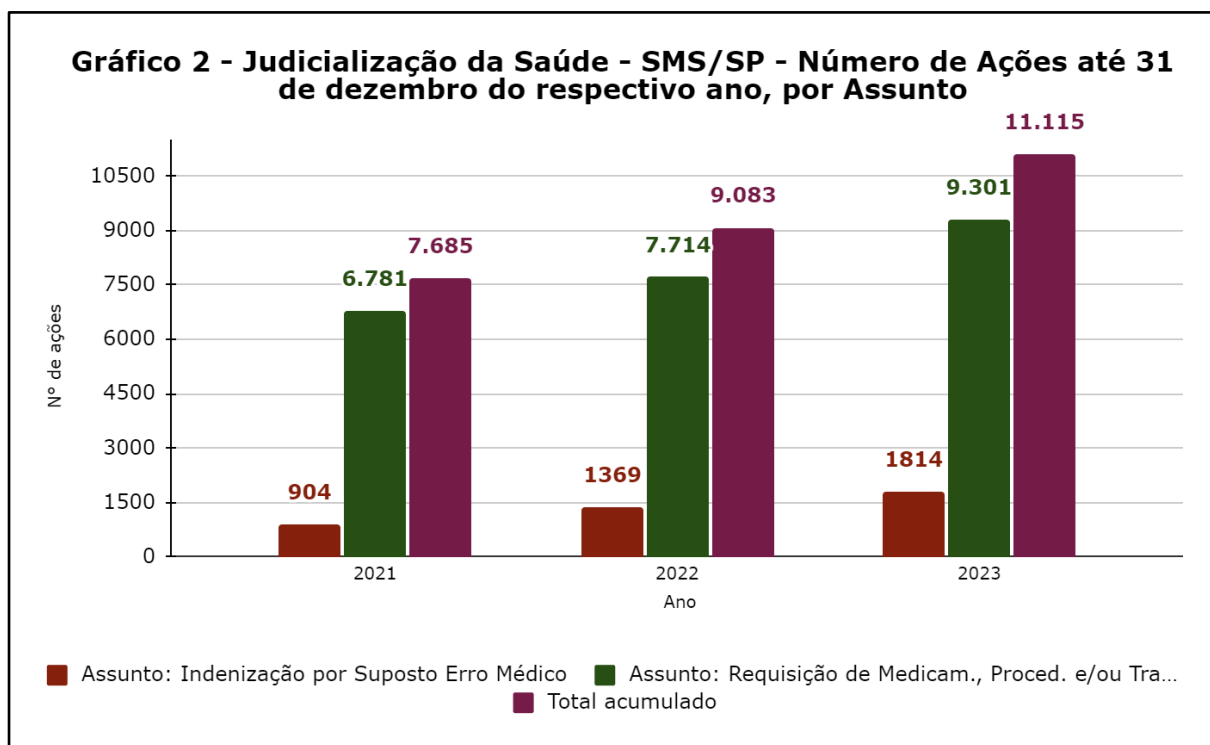
⁵³⁰ *Ibidem.*

⁵³¹ *Ibidem.*

⁵³² *Ibidem.*

⁵³³ SÃO PAULO. TJSP. Casos Novos de Saúde. 2024.

⁵³⁴ Observação: Diferenças nos valores apontados conforme fonte referenciada.



Consta no site do Município de São Paulo que até 31 de dezembro de 2021, foram ajuizadas 7.685 ações de saúde (Tabela 6 e Gráfico 2), o equivalente a 1 processo para cada 1.626 habitantes (0,062% da população paulistana)⁵³⁵. Esse número passou para 9.083 ações até 31 de dezembro de 2022⁵³⁶, e para 11.115 ações, até 31 de dezembro de 2023⁵³⁷.

Quanto aos temas, as demandas foram divididas em (Tabela 6) i) *requisição de medicamentos, procedimentos e/ou tratamento*, que engloba os medicamentos, materiais médico-hospitalares ou insumos dentro do SUS (problemas administrativos), fora do SUS (rede particular) e experimentais, além de cirurgias, consultas, tratamentos, internações e transferências para outras unidades de maior complexidade e/ou UTI; e ii) *indenização por danos morais e materiais por suposto erro médico*, que engloba erro de diagnóstico, erro de

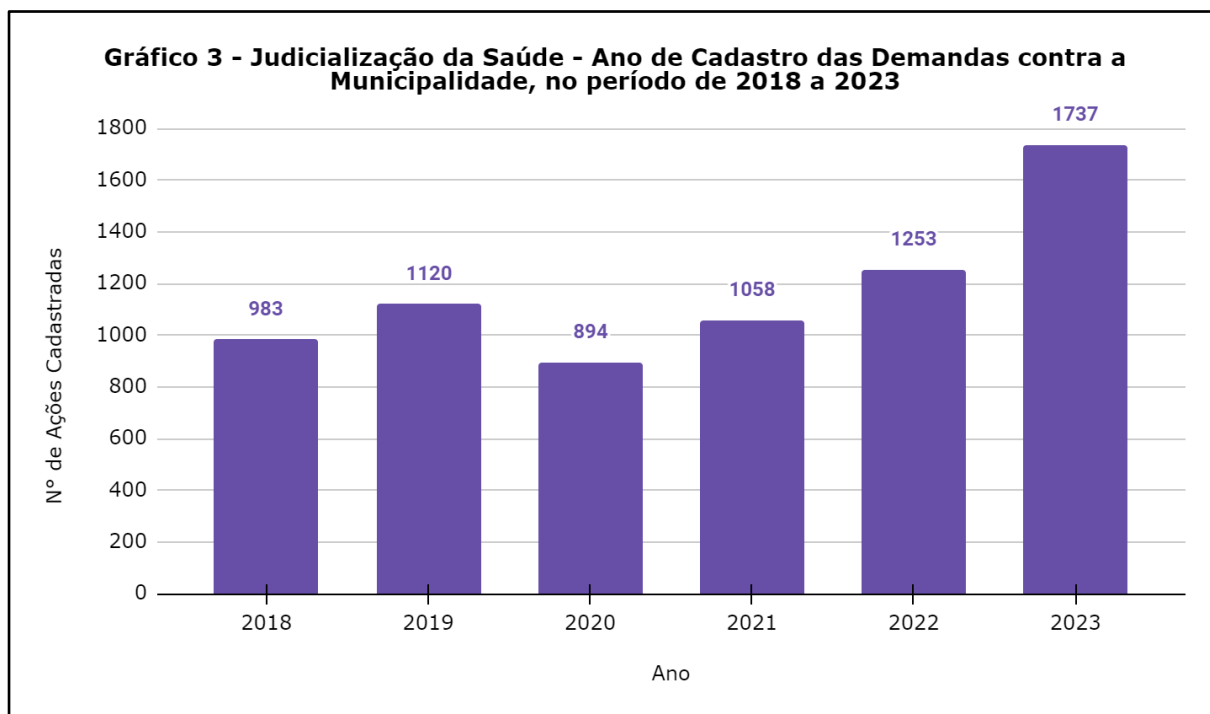
⁵³⁵ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021 - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde (DJES). Cidade de São Paulo, Saúde, Janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Relatorio_Anual_Judicializacao_2021.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024. p. 4.

⁵³⁶ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022 - DJES. Cidade de São Paulo, Saúde, março de 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAN_Gestao22.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024. p.4.

⁵³⁷ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023 - DJES. Cidade de São Paulo, Saúde, março de 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Rel_Gest%C3%A3o-DJES-2023.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024. p. 4.

tratamento e erro de diagnóstico e/ou tratamento⁵³⁸.

A *requisição de medicamentos, procedimentos e/ou tratamento* foi o assunto de 88,23% das ações até 31 de dezembro de 2021 (6.781)⁵³⁹; 84,93% das ações até 31 de dezembro de 2022 (7.714)⁵⁴⁰; e de 83,68% ações judiciais até 31 de dezembro de 2023 (9.301)⁵⁴¹. Já *indenização por danos morais e materiais por suposto erro médico* foi o assunto de 11,77% das ações até 31 de dezembro de 2021 (904)⁵⁴²; em 15,07% das ações até 31 de dezembro de 2022 (1.369)⁵⁴³; e em 16,32% ações judiciais até 31 de dezembro de 2023 (1.814)⁵⁴⁴.



Fonte: Relatórios Anuais da Judicialização da Saúde dos anos de 2021 a 2023

Em relação à *Requisição de Medicamento, Procedimento e/ou Tratamento* (Gráfico 3), foram cadastradas, no período de 2018 a 2023, respectivamente, 983, 1.120, 894, 1.058, 1.253⁵⁴⁵ e 1.737 ações⁵⁴⁶.

Quanto à tipificação, as ações de saúde foram divididas em *pedido de tratamento/pro-*

⁵³⁸ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. p. 4.

⁵³⁹ *Ibidem*.

⁵⁴⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 4.

⁵⁴¹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 4.

⁵⁴² *Ibidem*.

⁵⁴³ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 4.

⁵⁴⁴ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 4.

⁵⁴⁵ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 5.

⁵⁴⁶ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 5.

cedimento; indenização por suposto erro médico e solicitação de informações judiciais⁵⁴⁷.

Foram tipificadas como *indenização por suposto erro médico*, 188 ações em 2022⁵⁴⁸ e 284 ações em 2023⁵⁴⁹. Foram tipificadas como solicitação de informações judiciais 138 demandas em 2022⁵⁵⁰ e 194 demandas em 2023⁵⁵¹. Por fim, foram tipificadas como *requisição de medicamento, procedimento e/ou tratamento*, 1.605 ações em 2022⁵⁵² e 1.453 ações em 2023⁵⁵³, sendo que essa categoria pode ser destrinchada, ainda, em segmentos mais

Tabela 7 - Ações sobre Requisição de Medicamento, Procedimento e/ou Tratamento, por Assunto e por Ano						
Assuntos Específicos	até 31 de dezembro de 2021*		2022		2023	
	nº de ações	% em relação ao grupo	nº de ações	% em relação ao grupo	nº de ações	% em relação ao grupo
Tratamentos	1.851	27,30	158	14,84	195	13,40
Medicamentos	1.905	28,10	269	25,26	302	20,80
Cirurgia	1.165	17,18	198	18,59	254	17,50
Exames	794	11,71	36	3,38	46	3,20
Consultas			109	10,23	203	14,00
Internações			101	9,48	131	9,00
Material Médico -Hospitalar	740	10,91	126	11,83	212	14,60
Dietas	325	4,80	53	4,98	102	7,00
Vacina	-	-	15	1,41	-	-
Transporte	-	-	-	-	7	0,50
Total	6.781	100,00	1.065	100,00	1.453	100,00
*cálculo feito considerando o número de ações sobre requisição de medicamento, procedimento e/ou tratamento até 31 de dezembro de 2021 e as porcentagens disponibilizadas por assunto.						

específicos⁵⁵⁴, conforme tabela a seguir:

Fonte: Relatórios Anuais da Judicialização da Saúde dos anos de 2021 a 2023

⁵⁴⁷ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 6.

⁵⁴⁸ *Ibidem*.

⁵⁴⁹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 6.

⁵⁵⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 6.

⁵⁵¹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 6.

⁵⁵² SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 6.

⁵⁵³ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 6.

⁵⁵⁴ *Ibidem*. p. 7.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 6.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. p. 6.

Dentre as ações tipificadas como *Requisição de Medicamento, Procedimento e/ou Tratamento* merecem destaque os assuntos *Medicamentos, Material Médico-Hospitalar, Vacina e Dietas*, por se referirem a produtos, diferenciando-se dos demais, enquadrados como serviços.

Para atender a esse tipo de demanda, o Município de São Paulo aderiu, em 2019, ao Programa ACESSA SUS, por meio do Termo de Adesão ao Termo de Cooperação Técnica nº 049/2016⁵⁵⁵. O ACESSA SUS, desenvolvido por unidades vinculadas à rede municipal de saúde e voltado a seus usuários, possibilita, via administrativa⁵⁵⁶, a solicitação de medicamentos, insumos e dietas enterais não fornecidas pelo SUS⁵⁵⁷.

O índice de deferimento (razão do total de itens deferidos pelo total de itens avaliados pelo ACESSA SUS) foi de 24% em 2021 (559/2.332)⁵⁵⁸, 43,65% em 2022 (1.454/3.331)⁵⁵⁹ e 48,21% em 2023 (1.821/3.777)⁵⁶⁰. Já o índice de judicialização (razão do total de ações judiciais derivadas do total de itens avaliados pelo ACESSA SUS) foi de 1,76% em 2021 (41/2.332)⁵⁶¹, 1,56% em 2022 (52/3.331)⁵⁶² e 2,59% em 2023 (98/3.777)⁵⁶³.

5.2.2. Custos resultantes das demandas judiciais

Despesa pública é a aplicação do dinheiro arrecadado para custeio dos serviços públicos prestados à população ou para a realização de investimentos. Executar a despesa pública corresponde a realizar as despesas conforme previsão no orçamento público, seguindo as etapas

⁵⁵⁵ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Termo de Adesão do Município de São Paulo ao Termo de Cooperação Técnica nº 049/2016 (Convênio TJSP nº 000.187/2016/CV). Adesão ao Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, o Poder Judiciário, o Ministério Público do Estado de São Paulo e a Defensoria Pública. 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.mpsp.mp.br/portal/paginas/portal/Saude_Publica/material_pagina_antiga/hd_sp_tct/TCT%20ACESSA%20SUS%20Ades%C3%A3o%20Munic%C3%ADpio.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

⁵⁵⁶ SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo. Lançado o programa 'Acessa SUS', que facilita acesso da população a medicamentos. Ministério Público de São Paulo, Notícias, 2017. Disponível em: <<https://www.mpsp.mp.br/w/lan%C3%A7ado-o-programa-acessa-sus-que-facilita-acesso-da-popula%C3%A7%C3%A3o-a-medicamentos>>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

⁵⁵⁷ SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Informações sobre Programa ACESSA SUS - Solicitar serviço. Portal de Atendimento Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<https://sp156.prefeitura.sp.gov.br/portal/servicos/informacao?conteudo=3807>>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

⁵⁵⁸ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. p. 15.

⁵⁵⁹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 16.

⁵⁶⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 17.

⁵⁶¹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. p. 15.

⁵⁶² SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. p. 16.

⁵⁶³ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. p. 17.

de empenho, liquidação e pagamento⁵⁶⁴.

Empenho é o “valor do orçamento público formalmente reservado (pela emissão do empenho) para compromissos assumidos com terceiros”⁵⁶⁵. Isto é, a etapa em que o governo reserva o valor a ser pago como contrapartida pela entrega de um bem ou pela conclusão de um serviço, possibilitando à administração pública organizar os gastos e evitar despesas além do planejado⁵⁶⁶. A liquidação é a etapa na qual o governo verifica o cumprimento da obrigação acordada, a entrega do bem ou a conclusão do serviço. Por fim, o pagamento consiste no repassasse do valor⁵⁶⁷.

De acordo com os Relatórios de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro de janeiro a dezembro, de 2020 a 2023⁵⁶⁸, foram obtidos os seguintes dados sobre os principais grupos de despesas (Tabela 8) e valores empenhados com despesas em medicamentos e materiais médico-hospitalares (Tabela 9):

⁵⁶⁴ BRASIL. Portal da Transparência. Execução da despesa pública. Portal da Transparência, Controladoria-Geral da União. Disponível em: <<https://portal.datatransparencia.gov.br/entenda-a-gestao-publica/execucao-despesa-publica>>. Acesso em 11 de julho de 2024.

⁵⁶⁵ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2020. p. 45.

⁵⁶⁶ BRASIL. Portal da Transparência. Execução da despesa pública. 2024.

⁵⁶⁷ *Ibidem*.

⁵⁶⁸ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2020. p. 26.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2021. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_3_QD2021_relatorio.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2024. p. 20

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_3_QD2022_v02.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2024. p. 21.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. RDQA. 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RELATORIO_Prestacao_contas_3_QD2023_v02.pdf> Acesso 10 de jul. 2024. p.22.

Tabela 8 - Principais Grupos de Despesas - Janeiro/Dezembro dos Anos de 2020 a 2023 Detalhamento das Despesas Empenhadas - Fundo Municipal da Saúde (SMS, AHM e HSPM)								
Grupo	2020		2021		2022		2023	
	Total (R\$)	Sobre Total (%)	Total (R\$)	Sobre Total (%)	Total (R\$)	Sobre Total (%)	Total (R\$)	Sobre Total (%)
Pessoal, Auxílios e Encargos	2.409.102.203	17,24	1.976.232.469	12,61	2.795.390.003	15,45	3.180.651.043	15,57
Contratos de Gestão e Convênios	6.480.703.957	46,38	10.618.041.561	67,75	10.814.819.451	59,77	11.626.101.654	56,90
Prestadores SUS	537.606.913	3,85	887.904.059	5,67	962.465.158	5,32	1.094.585.856	5,36
Materiais Médico-Hospitalares	480.657.676	3,44	507.877.997	3,24	268.334.298	1,48	369.886.720	1,81
Medicamentos	445.958.355	3,19	459.459.158	2,93	551.172.357	3,05	668.092.592	3,27
Investimentos	424.797.969	3,04	304.113.525	1,94	287.227.729	1,59	442.703.942	2,17
Outros	3.193.043.963	22,85	918.243.113	5,86	2.416.059.574	13,35	3.052.046.253	14,94
Total Saúde	13.971.871.036	100,00	15.671.871.881	100,00	18.095.468.571	100,00	20.434.068.061	100,00
Ações Judiciais (*)	13.793.129	0,10%	30.918.209	0,20%	14.911.116	0,08%	19.875.471	0,10%

(*) As Ações Judiciais compreendem Materiais Médico-Hospitalares, Medicamentos e Outros (dieta e serviços), cujos valores já estão incluídos em respectivos itens.

Fonte: Relatórios de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º quadrimestre dos anos 2020 a 2023

Tabela 9 - Relação entre o valor empenhado para pagamento das despesas com Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares e o valor empenhado para pagamento de Ações Judiciais, nos anos de 2020 a 2023				
Ano	Medicamentos	Materiais Médico - Hospitalares	Ações Judiciais	Valor empenhado em ações judiciais em relação ao total (%)
2020	445.958.355	480.657.676	13.793.129	1,49%
2021	459.459.158	507.877.997	30.918.209	3,20%
2022	551.172.357	268.334.298	14.911.116	1,82%
2023	668.092.592	369.886.720	19.875.471	1,91%
TOTAL	2.124.682.462	1.626.756.691	79.497.925	2,12%

Fonte: Relatórios de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º quadrimestre dos anos 2020 a 2023

Do total das despesas empenhadas do FMS, o grupo de medicamentos e o de materiais médico-hospitalares representaram, respectivamente, 3,19% e 3,44% das despesas, em 2020;

2,93% e 3,24%, em 2021; 3,05% e 1,48%, em 2022; e 3,27% e 1,81%, em 2023.

A despesa empenhada em ações judiciais sobre saúde representou, em relação ao total de despesas empenhadas e das despesas empenhadas somente para os grupos de medicamentos e materiais médico-hospitalares, respectivamente, 0,10% e 1,49%, em 2020; 0,20% e 3,20%, em 2021; 0,08% e 1,82%, em 2022; 0,10% e 1,91%, em 2023. Assim, o valor empenhado com ações judiciais, no período de 2020 a 2023, representou 2,12% do total de despesas empenhadas com os grupos de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

5.3. Considerações sobre o cenário do Município de São Paulo em matéria de judicialização da saúde pública

Traçado o cenário da judicialização da saúde pública no Município de São Paulo, no período de 2020 a 2023, observa-se que, no âmbito da Justiça Estadual, o ramo de Saúde Suplementar foi o que mais apresentou casos, orbitando entre 68,64% e 71,53% dos casos durante o período de 2020 a 2023. Em contrapartida, no mesmo período, o ramo de Saúde Pública representou 9,94% dos casos em 2020; 9,60% em 2021; 12,08% em 2022 e 13,53% em 2023 (Tabela 2). Ademais, a Municipalidade não foi a parte passiva mais recorrente nos casos novos de Saúde Pública (Tabela 3).

Quanto aos assuntos das demandas judiciais do ramo de Saúde Pública em que a Municipalidade figura no polo passivo (Tabela 4), o *fornecimento de medicamentos* foi o assunto mais recorrente, seja de forma genérica ou em suas formas específicas – medicamento *oncológico*, *padronizado* ou *não padronizado* – totalizando um percentual de 38,61%, 44,26%, 46,66% e 48,54% casos, nos anos de 2020 a 2023, respectivamente.

Cabe ressaltar que, ao longo do período analisado, o assunto *fornecimento de medicamentos* (forma genérica), elevou-se de forma significativa (2,23%, 4,68%, 34,35% e 32,8%). Em contrapartida, há uma diminuição, também significativa, dos assuntos fornecimento de medicamento (forma específica) registrado na ANVISA e *padronizado* (22,03%, 22,48%, 3,95% e 3,35%, respectivamente) e *não padronizado* (6,68%, 9,37%, 1,37% e 3,5%, respectivamente).

Isso deve-se, provavelmente, à alteração na forma de registro de assunto das ações pelo TJSP, que priorizou a nomenclatura genérica em detrimento das específicas, uma vez que a soma dos percentuais de ações com assunto relacionado ao segmento de fornecimento de medicamentos (forma genérica e específica) resultaram em índices totais estáveis, com um

discreto crescimento durante o período.

Os *medicamentos padronizados* são aqueles que apresentam registro na ANVISA e são fornecidos pelo SUS. No período em análise, a incidência desse assunto nas demandas judiciais foi de 22,03%, 22,48%, 3,95% e 3,35%, respectivamente. Cabe ressaltar que, justamente por serem fornecidos pelo sistema, em tese, tais casos poderiam ser solucionados pela própria Municipalidade, sem necessidade de judicialização das demandas.

Em relação aos *medicamentos oncológicos*, cabe esclarecer que não há, no SUS, uma relação uniforme desses medicamentos, motivo pelo qual é uma categoria autônoma, não enquadrada em padronizado e não padronizado. Deve-se ter em vista que seu financiamento não integra o Componente da Assistência Farmacêutica, mas pertence ao grupo da Alta e Média Complexidade, e os responsáveis pelo seu fornecimento são o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio dos hospitais oncológicos habilitados na alta complexidade em oncologia pelo SUS⁵⁶⁹. Por esse motivo, a competência de fornecer medicamentos de assistência oncológica no SUS é dos Estados e da União, de modo que essas demandas deveriam tramitar na Justiça Federal e não incluir a Municipalidade no polo passivo.

Os *medicamentos não padronizados*, ou seja, registrados na ANVISA e não fornecidos pelo SUS, deveriam ser o objeto central das ações judiciais contra a Municipalidade no âmbito da saúde pública, uma vez que tais casos apresentam margem para controvérsias e discussões, inclusive quanto à incorporação do medicamento pela CONITEC.

Por fim, os dados TJSP não incluem os *medicamentos sem registro da ANVISA*, entretanto, eles estão incluídos na categoria de fornecimento de medicamentos, segundo a uniformização do CNJ⁵⁷⁰. Esse assunto, possivelmente, não consta nos dados do TJSP em razão de essas demandas serem propostas, necessariamente, em face da União, portanto, de competência da Justiça Federal, conforme Tese do Tema Repetitivo nº 500, do STF.

Ainda em relação aos assuntos das demandas judiciais do ramo de Saúde Pública em que a Municipalidade figura no polo passivo (Tabela 4), o segmento *fornecimento de insumos* (Tabela 4), se desdobra nos seguintes itens: *cadeira de rodas/cadeira de banho/cama hospitalar; curativos/bandagem; e fraldas*, totalizando um percentual de 9,65%, 9,37%, 5,32% e 9,47% , nos anos de 2020 a 2023, respectivamente.

Deve-se ter em vista que os insumos especificados são fornecidos pelo SUS⁵⁷¹, por meio

⁵⁶⁹ CEARÁ. Secretaria de Saúde. Medicamentos Oncológicos. Secretaria da Saúde do Ceará, 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/05/como_ter_acesso_MO_20223105.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2024.

⁵⁷⁰ BRASIL. CNJ. Tabelas processuais unificadas.

⁵⁷¹ Cadeira de rodas/de banho: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para Indicação e Repo-

de um processo, iniciado na Unidade Básicas de Saúde, que verifica o preenchimento ou não dos requisitos previstos nos protocolos de dispensação. Os dados, como foram apresentados, indicam apenas o insumo solicitado, sem diferenciar os casos que se enquadram dos que não se enquadram no perfil determinado pelo protocolo, impossibilitando conhecer os motivos que ensejaram o ajuizamento das ações. Em tese, apenas os casos que fogem ao protocolo deveriam ser judicializados, uma vez que os casos compatíveis aos requisitos deveriam ser solucionados pela própria administração do Município.

O segmento *tratamento médico-hospitalar* se desdobra nos itens: *cirurgia; cirurgia eletiva; cirurgia urgente; consulta; e diálise/hemodiálise* (Tabela 4), totalizando um percentual de 40,11%, 35,13%, 40,42% e 37,46% , nos anos de 2020 a 2023, respectivamente.

A realização desse tipo de tratamento pelo SUS, requer, de maneira geral, a entrada do paciente pelo nível da Atenção Básica, que realizará seu encaminhamento, por meio da Central de Regulação de Vagas, a uma fila de espera, organizada conforme a disponibilidade de vagas, a complexidade e a urgência do caso⁵⁷². Os dados da maneira como foram organizados pelo TJSP indicam apenas o tratamento solicitado, não sendo possível saber os motivos pelos quais as ações foram ajuizadas, ou seja, se foi ou não obedecido o protocolo.

O segmento *internação/transferência hospitalar*, se desdobra nos itens: *leito de enfermaria/leito oncológico* e *UTI/UCI* (Tabela 4), totalizando um percentual de 5,94%, 6,33%, 5,77% e 2,04% , nos anos de 2020 a 2023, respectivamente. Por se tratar de Média e Alta Complexidade, a Municipalidade não deveria figurar no polo passivo.

O segmento nomeado como *SUS*, (Tabela 4), se desdobra nos itens: *controle social e conselhos de saúde; convênio médico com o SUS; financiamento do SUS; repasse de verbas do SUS; ressarcimento do SUS; e terceirização do SUS*, totalizando um percentual de 2,81%, 2,33%, 0,46% e 0,59% , nos anos de 2020 a 2023, respectivamente.

O ressarcimento do SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656/1998, refere-se às situações

sição de Cadeira de Rodas, Cadeira de Banho, Adequação Postural e Almofada. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SAUDE_DA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA_DIRETRIZES_PARA_USO_E_REPOSICAO_C_R_AP_E_ALMOFADA.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024. p. 3 a 8.

Fraldas: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Orientação para dispensação de fraldas. Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Orientacao_dispensacao_fraldas_12_6_2023.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

Curativos/Bandagem: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024. p. 56.

⁵⁷² SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Regulação do SUS - REGSUS. Prefeitura de São Paulo, Secretaria da Saúde, Organização, 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/quem_e_quem/?p=222383>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

em que o SUS é restituído pelos seguros de saúde privados em decorrência da prestação de serviços, cobertos em contrato, aos usuários deste. Nessa hipótese, a cobrança é feita diretamente pela ANS e os valores são repassados ao FNS⁵⁷³. Cabe esclarecer que na Tabela 4, por se tratar de ações em que a Municipalidade ocupa o polo passivo, o assunto “ressarcimento do SUS”, provavelmente, refere-se a ações de cobrança contra o Município, para que este custeie os serviços prestados por operadoras de saúde privadas. A forma de apresentação dos dados não permite levantar as causas do ajuizamento das demandas e as razões pelas quais o serviço ou ações não foram prestadas pelo SUS.

Além dos assuntos, outro aspecto relevante é o número reduzido de ações coletivas ajuizadas no âmbito de saúde pública (Tabelas 2 e 5), evidenciando o maior ajuizamento de ações individuais em detrimento a ações coletivas.

5.3.1. Relação entre os gastos oriundos da judicialização da saúde e o valor orçamentário previsto para a saúde pública no Município de São Paulo, no período de 2020 a 2023

Com base nos dados apresentados nos tópicos anteriores, pode-se estabelecer uma estimativa sobre a relação dos gastos decorrentes das demandas judiciais e o valor orçamentário previsto para a saúde pública no Município de São Paulo, durante o período de 2020 e 2023. Para tanto, os valores da despesa empenhada para os grupos de medicamentos e materiais médico-hospitalares, no orçamento do período (Tabela 9), foram divididos pelo número de habitantes no Município de São Paulo, nos respectivos anos, a fim de estimar um custo médio por habitante⁵⁷⁴.

O custo *per capita* estimado do valor empenhado é utilizado como parâmetro para a comparação com o custo estimado por demandante de ação judicial de saúde no Município de São Paulo. Este custo foi calculado considerando o número de ações contra a Municipalidade cadastradas (Gráfico 3), e o valor empenhado para o pagamento das ações judiciais (Tabela 9). Considerou-se que cada ação corresponde a um demandante.

⁵⁷³ BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 [art. 32].

⁵⁷⁴ Observação: o nº de habitantes do município foi retirado da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), em razão de apresentar uma estimativa ano a ano, tornando mais precisa a verificação pretendida.

Tabela 10 - Relação do custo *per capita* estimado por demandante comparado com o custo *per capita* estimado do valor empenhado para pagamento das despesas com Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares, nos anos de 2020 a 2023, no Município de São Paulo

Ano	Valor empenhado para despesas com medicamentos e materiais médico-hospitalares (R\$)	População estimada (segundo SEADE)	Custo per capita estimado do valor empenhado (R\$)	Número de ações cadastradas	Valor empenhado para pagamento das Ações Judiciais (R\$)	Custo per capita estimado por demandante (R\$)	Relação entre o custo per capita estimado do valor empenhado e o custo per capita estimado por demandante
2020	926.616.031	11.869.660	78,07	894	13.793.129,00	15.428,56	1:198
2021	967.337.155	11.914.851	81,19	1.058	30.918.209,00	29.223,26	1:360
2022	819.506.655	11.960.216	68,52	1.253	14.911.116,00	11.900,33	1:174
2023	1.037.979.312	12.005.755	86,46	1.737	19.875.471,00	11.442,41	1:132
TOTAL DO PERÍODO	3.751.439.153	-	-	4.942	79.497.925,00	67.994,56	-

Fonte: Relatórios de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º quadrimestre dos anos 2020 a 2023, Fundação SEADE e Relatórios Anuais da Judicialização da Saúde dos anos de 2021 a 2023

Conforme a Tabela 10, comparando as colunas de valores *per capita* estimados do valor empenhado e por demandante, a fatia do orçamento destinada aos demandantes judiciais foi 198 vezes maior do que a destinada à população em geral. Ou, em outros termos, a cada R\$1,00 investido na população, R\$198,00 foram investidos em demandantes judiciais. Em 2021, essa proporção foi 1:360; em 2022, 1:174; e em 2023, foi 1:132.

No total do período, temos 2,12% do valor empenhado para o pagamento de despesas com medicamentos e materiais médico-hospitalares (R\$79.497.925,00) destinado a 4.942 demandantes (0,04% da população em 2023).

Observa-se que apesar de as ações judiciais não representarem um percentual numericamente alto em relação ao total empenhado para as despesas do FMS (Tabela 8 e 9), ao quantificarmos os valores e compararmos a estimativa do investimento feito à população geral, *per capita*, em detrimento à estimativa do investimento direcionado aos demandantes judiciais, a variação constatada é bastante significativa.

CONCLUSÃO

O direito à saúde é mais amplo do que o fornecimento de determinado produto ou serviço, pois pressupõe a garantia do bem-estar das pessoas, sendo incluídos todos os indivíduos, de forma integral e sem discriminação, e considerando a influência de diferentes fatores para essa condição, como alimentação, saneamento básico e moradia.

A previsão constitucional desse direito, nos moldes adotados, foi uma conquista social e democrática de extrema relevância para a garantia da dignidade da pessoa humana, não sendo admitidos retrocessos nesse sentido.

A garantia e preservação da saúde é responsabilidade de toda a sociedade, mas a obrigação estatal é reforçada pela Constituição ao estabelecer, a todos os entes da Federação, o dever de criar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ainda que essa responsabilidade seja solidária, cada um dos entes é responsável por desempenhar atribuições constitucionalmente previstas. Nesse sentido, o Município destaca-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, por ser o ente mais próximo da população e ser o responsável pelo nível de Atenção Primária à saúde.

Ademais, a concretização do direito à saúde exige gastos orçamentários, provenientes de contribuições pagas por toda a sociedade, em uma solidariedade constitucionalmente prevista, conforme as possibilidades de cada um.

Diante da complexidade desse direito constitucional e de suas múltiplas faces, conclui-se que as demandas judiciais na área de saúde não podem ser reduzidas ao seu desfecho/conclusão: julgamento procedente, com determinação da entrega do produto ou da prestação do serviço solicitado, ou julgamento improcedente, como se todas as ações fossem iguais. Ainda que enquadradas na judicialização da saúde, por versarem sobre este tema, as ações discutem problemas e questões de natureza diferentes (ex: medicamentos padronizados, não padronizados e experimentais), e envolvem uma variedade de critérios e de fatores influentes (ex: doença do demandante, existência de protocolo clínico e alternativas terapêuticas no SUS).

Nesse sentido, os tribunais superiores, avançando na discussão, extrapolam a dicotomia entre o mínimo existencial e a reserva do possível, buscando criar parâmetros decisórios para as ações de judicialização da saúde, considerando o direito individual e coletivo à saúde, bem

como às limitações orçamentárias do Estado.

Em relação ao fenômeno da judicialização no Município de São Paulo, no período de 2020 a 2023, constatou-se que, no âmbito da saúde pública, o número de ações coletivas ajuizadas é reduzido e determinadas demandas poderiam ser evitadas, por exemplo, pela adoção de uma solução administrativa, por parte da municipalidade (ex: medicamentos padronizados e atraso nas filas de cirurgias), buscando formas mais eficientes e céleres de solucionar o problema do acesso à saúde. Uma medida acertada, nesse sentido, parece ter sido a adesão do Município de São Paulo ao Programa ACESSA SUS.

Embora os dados sejam públicos, como determina a lei, não são acessíveis e transparentes, por falta de indicação das fontes de dados, metodologia e parâmetros utilizados, padronização dentro do banco de dados do Poder Judiciário e da Prefeitura de São Paulo, entre outros aspectos, que impedem, inclusive o controle democrático e a participação social.

Pelos dados obtidos, não é possível saber quais os motivos que levaram à judicialização das demandas de saúde e, conseqüentemente, quantas das ações cadastradas poderiam ou não ser evitadas.

O preenchimento do assunto das ações, de forma mais detalhada, conforme a padronização do CNJ, poderia contribuir para um encaminhamento mais célere dos processos e de tomada de medidas em cada um deles, assim como permitiria uma melhor visualização do tipo de demanda a ser enfrentada e possíveis estratégias e iniciativas, por parte da Administração Pública, para mitigar as ações judiciais.

Não se pode perder de vista que, por ser o maior sistema de saúde público do mundo (em termos de população atendida), a estrutura do SUS é extremamente complexa, sendo a compreensão de seu funcionamento um fator que pode dificultar os munícipes de acessarem aos serviços e ações de saúde que pretendem.

Em relação ao impacto orçamentário causado pela judicialização da saúde no Município de São Paulo, de 2020 a 2023, temos 2,12% do valor empenhado para o pagamento de despesas com medicamentos e materiais médico-hospitalares (R\$79.497.925,00) destinado a 4.942 demandantes (0,04% da população em 2023). Por ano, a fatia do orçamento destinada aos demandantes foi 198 vezes maior do que a destinada à população em geral (a cada R\$1,00 para a população, R\$198,00 é investido em demandantes judiciais). Essa proporção foi 1:360; 1:174; e 1:132, de 2021 a 2023, respectivamente.

Desta forma, apesar de as ações judiciais não representarem um percentual numericamente alto em relação ao total empenhado para as despesas do FMS, ao quantificarmos os valores e compararmos a estimativa do investimento feito à população geral, *per capita*, em

detrimento à estimativa do investimento direcionado aos demandantes judiciais, a variação constatada é bastante significativa, demonstrando a dimensão e a gravidade do problema, que não pode mais ser evitado.

O presente trabalho não pretendia esgotar o assunto, mas refletir, a partir de um viés orçamentário, sobre o fenômeno da judicialização da saúde e alertar sobre a necessidade de aprimoramento do modelo atualmente adotado, a fim de concretizar os ditames constitucionais, assegurando a efetivação do direito à saúde para toda a sociedade, de forma pública, gratuita, igualitária, universal e integral.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Marcus. Teoria dos gastos fundamentais: orçamento público impositivo da elaboração à execução. São Paulo, Almedina, 2021. ISBN 978-65-5627-300-6.

ANTUNES, Marcello; KALLÁS FILHO, Elias. A supremacia do direito à saúde em face de outros direitos fundamentais e os pressupostos para uma decisão prudente. *Revista Forense*. vol. 427, jan./jun. de 2018. p. 115-140. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

ARAÚJO, Leonardo Weber Ribeiro. Saúde pública: evolução do modelo brasileiro e interfaces com o direito à felicidade. *In: BRANCO, Paulo Gustavo Gonet et al (org.). Direitos Fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União*. Brasília: ESMPU, 2020, vol. 1. p. 411-436. Disponível em: <https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/obras-avulsas/e-books-esmpu/direitos-fundamentais-m-processo-2013-estudos-em-comemoracao-aos-20-anos-da-escola-superior-do-ministerio-publico-da-uniao/23_saude-publica.pdf>. Acesso em 05 de janeiro de 2024.

BARCELLOS, Ana Paula de. O mínimo existencial e algumas fundamentações: Jonh Rawls, Michael Walzer e Robert Alexy. *In: TORRES, Ricardo Lobo (org.). Legitimação pelos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. ISBN 978-85-71476-15-7.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 11. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN 978-65-5362-526-6 (Impresso).

BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: Hucitec - Cebes, 1988. ISBN 85-271-0058-4. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/A-doenca.pdf>>. Acesso em 08 de fevereiro de 2024.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 23. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008. ISBN: 9788574208862.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Consulta Pública de Assuntos - Sistema Eletrônico de Gestão. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_assuntos.php>. Acesso em 23 de julho de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Sistema e-NatJus. Portal CNJ. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/e-natjus/>>. Acesso em 30 de setembro de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Tabelas processuais unificadas. CNJ, Programas e Ações. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/tabela-processuais-unificadas/>>. Acesso em 23 de julho de 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Assembleia Nacional Constituinte, 1988.

BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948 [Constituição da Organização Mundial da Saúde]. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Rio de Janeiro: 17 de dezembro de 1948.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1976.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 [art. 4º, inciso VI]. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Gov.br, Saúde Explica, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>. Acesso em 09 de julho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 730, de 07 de dezembro de 2023. Aprova Parecer Técnico com manifestação do Conselho Nacional de Saúde sobre questões relativas ao Rol da ANS [Parecer Técnico nº 7/2023-SECNS/DGIP/SE/MS]. Brasília, DF: 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-730.pdf/view#:~:text=Aprova%20Parecer%20T%C3%A9cnico%20com%20manifesta%C3%A7%C3%A3o,relativas%20ao%20Rol%20da%20ANS.>>. Acesso em 09 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Espaço Ressarcimento ao SUS. Gov.br, Ministério da Saúde, Compromissos e Interações com a ANS, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>>. Acesso em 09 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fiocruz. Descentralização. Pense mais SUS, SUS de A a Z. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>>. Acesso em 13 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Portal da Transparência. Execução da despesa pública. Portal da Transparência, Controladoria-Geral da União. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/entenda-a-gestao-publica/execucao-despesapublica>>. Acesso em 11 de julho de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1657156/RJ (Tema de Repercussão Geral 106). Relator Min. Benedito Gonçalves. Brasília. Julgado em 25/04/2018 e publicado em 04/05/2018. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106>. Acesso em 14 de dezembro de 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1203244/SC (Tema de Repercussão Geral 686). Relator Min. Herman Benjamin. Julgado em 09/04/2014 e publicado em 17/06/2014. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=686&cod_tema_final=686>. Acesso em 11 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471/RN (Tema de Repercussão Geral 6). Tribunal Pleno, Relator Min. Marco Aurélio (Min. Relator para acórdão Luís Roberto Barroso). Brasília. Julgado em 20/09/2024 e publicado em 30/09/2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471 (Tema 6). Informação à sociedade. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_info_sociedade_LCFSP.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 597064 (Tema de Repercussão Geral 345). Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília. Publicado em 02/06/2021. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2661252&numeroProcesso=597064&classeProcesso=RE&numeroTema=345>>. Acesso em 30 de abril de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 657.718/MG (Tema de Repercussão Geral 500). Redator para o Acórdão Min. Luís Roberto Barroso. Brasília. Julgado em 22/05/2019. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>>. Acesso em 25 de setembro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 855.178-SE (Tema de Repercussão Geral 793). Relator Min. Luiz Fux, redator do acórdão Min. Edson Fachin. Julgado em 23/05/2019. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>>. Acesso em 08 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1.165.959 (Tema de Repercussão Geral 1.161). Relator para acórdão Min. Alexandre de Moraes. Brasília. Julgado em 21/06/2021. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5559067&numeroProcesso=1165959&classeProcesso=RE&numeroTema=1161>>. Acesso em 10 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1366243 (Tema de Repercussão Geral 1.234). Relator Min. Gilmar Mendes. Julgado em 16/09/2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>>. Acesso em 30 de setembro de 2024.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013. ISBN: 9788502190191.

BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique B. B. Impactos Orçamentários da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde. p. 26-50. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. vol. 2. Brasília, DF: CONASS, 2018. ISBN 978-85-8071-049-6. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas_do_Fenomeno_da_Judicializacao_da_Saude-1.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Medicamentos Oncológicos. Secretaria da Saúde do Ceará, 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/05/como_ter_acesso_MO_20223105.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2024.

COÊLHO, Marcus Vinicius Furtado. O Direito Constitucional, a saúde e sua evolução. Consultor Jurídico, 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao/>>. Acesso em 05 de janeiro de 2024.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil. Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário. Brasília, vol. 4, n. 3, jul./set. 2015, p. 94-115. ISSN 23 58-1824. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/199/366>>. Acesso em 29 de setembro de 2024.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. p. 285-304. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001. ISBN 85-334-0408-5. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2024.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Estado democrático e social de direito. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. 2. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/esta-do-democratico-e-social-de-direito_6245c74b5a9ae.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2024.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Sistema Único de Saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. 2. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/1>>

[tps://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-23.pdf](https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-23.pdf)>. Acesso em 11 de abril de 2024.

GONÇALVES, Aline Moreira. Dos porões ao hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX. Orientadora: Dra. Maria Stella Brandão Goulart. 2014. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GONÇALVES, Márcio Augusto. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2014. ISBN 978-85-7988-243-2. Disponível em: <<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/719454/2/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20funcionamento%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2024.

Judicialização da Saúde - Fornecimento de medicamentos pelo Poder Público. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: CADIP, TJSP, 2022. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPublico/Pdf/Cadip/Esp_CADIP_Jud_Sa%C3%BAde_2ed_2022-06-01.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2024.

LEAL, Rogério Gesta. A efetivação do direito à saúde por uma jurisdição-serafim: limites e possibilidades. A&C - Revista de Direito Administrativo e Constitucional. Belo Horizonte, vol. 6, n. 25. p. 25-40, jul./set. 2006. ISSN 1516-3210. Disponível em: <<https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/424>>. Acesso em 08 de janeiro de 2024.

LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. Patrimônio genético humano e sua proteção na Constituição Federal de 1988. São Paulo: Editora Método, 2004. ISBN 85-86456-82-9.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, 1991. p. 77-96. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/hkt7TRS9SPNW4yrFGgnFkPG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2024.

MARQUES, Dirce. #dicadogestor: A importância da lista municipal de medicamentos. COSEMS/SP, 2020. Disponível em: <<https://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-a-importancia-da-lista-municipal-de-medicamentos/>>. Acesso em 03 de julho de 2024.

MARTINS, Sergio Pinto. Direito da Seguridade Social - Direito Previdenciário. 41. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN 978-65-5362-615-7 (e-book).

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 18 ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023. ISBN 978-65-5362-447-4.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Editorial. Revista Latino Americana de Enfermagem. vol. 12. Maio/Junho de 2004. p. 447-448. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHQrn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 22 de janeiro de 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde - Man-

guinhos. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 08 de março de 2024.

NALINI, José Renato. XV - Judicialização das Políticas Públicas Municipais: Reflexos da sociedade pós-moralista no Brasil. p. 475-486. In: MENDES, Gilmar Ferreira; CARNEIRO, Rafael Araripe (coord.). Gestão pública e direito municipal. São Paulo: Saraiva, 2016 (Série IDP). ISBN: 9788547204662.

NASCIMENTO, Álvaro. SUS: Revendo a trajetória - Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. Revista Radis - Fiocruz, n. 20, p. 5-8, fev., 2001. Disponível em: <<https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=fiotempro&pagfis=1628>>. Acesso em 08 de março de 2024.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúcia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde - BIS. São Paulo, vol. 12, n. 2, p. 109-114, ago., 2010. Disponível em: <<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575>> . Acesso em 10 de abril de 2024.

PICARELLI, Márcia Flávia Santini; ARANHA, Márcio Iório (org.). Política de patentes e saúde humana. São Paulo: Atlas; 2001. ISBN 8522429839. p. 135-136.

PINTO, Élica Graziane. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2015. ISBN 978-85-7700-921-3.

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?. p. 97-172. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Série Vinte anos da Constituição Federal. vol. 1, n. 17. Brasília, DF: Ipea, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4134/1/bps_17_vol001_completo.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2024.

RAMOS, André de Carvalho. Curso de Direitos Humanos. 10. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023. ISBN: 978-65-536-2640-9 (e-book).

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: IEC, 1994.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. p. 319-373. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Esboços: histórias em contextos globais. vol. 13, n. 16, p. 11-33, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>>. Acesso em 04 de março de 2024.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez., 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anaism/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em 05 de janeiro de 2024. p. 259.

SANTANA, Hector Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. Os limites da defesa de direitos fundamentais por meio de instrumentos processuais de cognição estreita. Mandado de segurança e o caso da saúde. p. 11-62. *In*: FREITAS FILHO, Roberto (coord.). Direito à saúde: questões teóricas e a prática dos tribunais. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. ISBN 9786555598278.

SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Org.). Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. vol. 2. Brasília (DF): CONASS, 2018. ISBN 978-85-8071-049-6. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas_do_Fenomeno_da_Judicializacao_da_Saude-1.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Interesse Público*. Sapucaia do Sul, Notadez, vol. 3, n. 2, p. 91-107, out./dez., 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. Estado socioambiental e mínimo existencial (ecológico) algumas aproximações. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). Estado socioambiental e direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. ISBN: 9788573486858.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). Direitos fundamentais, orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SARMENTO, Daniel. O Mínimo Existencial. *Revista de Direito da Cidade*, vol. 08, nº 4, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/26034/19156>>. Acesso em 25 de março de 2024.

SÃO PAULO. Decreto nº 44.031, de 24 de outubro de 2003 [art. 8º]. Regulamenta a Lei nº 13.563, de 24 de abril de 2003, que dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde - FMS e revoga a Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990. São Paulo: Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 2003.

SÃO PAULO. Lei nº 13.563, de 24 de abril de 2003 [art. 5º]. Dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde - FMS, revoga a Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990, e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 2003.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo. Lançado o programa 'Acessa SUS', que facilita acesso da população a medicamentos. Ministério Público de São Paulo, Notícias, 2017. Disponível em: <<https://www.mpsp.mp.br/w/lan%C3%A7ado-o-programa-acessa-sus-que-facilita-acesso-da-popula%C3%A7%C3%A3o-a-medicamentos>>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Informações sobre Programa Acessa SUS - Solicitar serviço. Portal de Atendimento Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<https://sp156.prefeit>

ura.sp.gov.br/portal/servicos/informacao?conteudo=3807>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Fundo Municipal de Saúde (FMS). Cidade de São Paulo, Saúde, Participação Social, 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/participacao_social/index.php?p=286620#:~:text=Disposto%20pela%20Lei%20Municipal%20n%C2%BA,no%20munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.>. Acesso em 24 de junho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim CEInfo, Saúde em Dados, ano XXII, n. 22, jul. 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/capas_publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2023.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Regulação do SUS - REGSUS. Prefeitura de São Paulo, Secretaria da Saúde, Organização, 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/quem_e_quem/?p=22383>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021 - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde (DJES). Cidade de São Paulo, Saúde, Janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Relatorio_Anual_Judicializacao_2021.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022 - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde (DJES). Cidade de São Paulo, Saúde, março de 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAN_Gestao22.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023 - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde (DJES). Cidade de São Paulo, Saúde, março de 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Rel_Gest%C3%A3o-DJES-2023.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Acompanhamento Orçamentário e Financeiro do 3º Quadrimestre de 2020 (jan./dez.). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMS_P_SMS_PC3_QD2020_v02_relatorio.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Acompanhamento Orçamentário e Financeiro - 3º Quadrimestre de 2021 (jan./dez.). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_3_QD2021_relatorio.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Acompanhamento Orçamentário e Financeiro - 3º Quadrimestre de 2022 (jan./dez.). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_3_QD2022_v02.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Acompanhamento Orçamentário e Financeiro - 3º Quadrimestre de 2023 (jan./dez.). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RELATORIO_Prestacao_contas_3_QD2023_v02.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para Indicação e Reposição de Cadeira de Rodas, Cadeira de Banho, Adequação Postural e Almofada. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SAUDE_DA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA_DIRETRIZES_PARA_USO_E_REPOSICAO_CR_AP_E_ALMOFADA.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024. p. 3 a 8.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Orientação para dispensação de fraldas. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Orientacao_dispensacao_fraldas_12_6_2023.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2024.

SÃO PAULO. Tabnet. 47B - Estimativa da População SUS Dependente (com base na Saúde Suplementar). Tabnet Saúde, Governo de São Paulo. Disponível em: <https://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind47b_matriz.def>. Acesso em 31 de agosto de 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). Casos Novos de Saúde. TJSP, Estatísticas, Painel de Saúde. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>>. Acesso em 21 de junho de 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Termo de Adesão do Município de São Paulo ao Termo de Cooperação Técnica nº 049/2016 (Convênio TJSP nº 000.187/2016/CV). Adesão ao Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, o Poder Judiciário, o Ministério Público do Estado de São Paulo e a Defensoria Pública. 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica/material_pagina_antiga/hd_sp_tct/TCT%20ACESSA%20SUS%20Ades%C3%A3o%20Munic%C3%ADpio.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2024.

Saúde no Brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas. Fundação Fernando Henrique Cardoso (FHC), 2021. Disponível em: <https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/?psafe_param=1&gad_source=1&gclid=CjwKCAiA7t6sBhAiEiwAsaieYknzQsLcOQZD-voHFWj4FaGOB4oE25TXt7nrHIZsNBS7uk5_4m2IbRoCCD0QAvD_BwE>. Acesso em 09 de janeiro de 2024.

SCHIER, Paulo Ricardo; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Direitos sociais, reserva do possível e o mínimo existencial: a aporia do meio adequado de satisfação. A&C – Revista de Direito Administrativo Constitucional. Belo Horizonte, ano 18, n. 74, p. 67-96, out./dez. 2018. Disponível em: <<https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/1047>>. Acesso em 29 de setembro de 2024.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, abril de 2007. vol. 17. p. 29-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRfbscbzCywV9wGq/>>. Acesso em 09 de janeiro de 2024.

SEADE População. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://populacao.seade.gov.br/>>. Acesso em 31 de julho de 2024.

SEADE Trabalho. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://trabalho.seade.gov.br/ocupacao-e-rendimento/>>. Acesso em 10 de agosto de 2024.

SERRA, José; AFONSO, José Roberto R. Tributação, seguridade e coesão social no Brasil. CEPAL - Série Políticas Sociais. n. 133. Santiago: Nações Unidas, 2007. ISBN: 978-92-1-323060-2. Disponível em: <https://www4.anfip.org.br/doc/economia/02_05_2018_15_58_52_tributacao_seguridade_cepal.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2024.

SILVA, Edmilson Guimarães da. Evolução das políticas de Saúde Pública no Brasil, concepção e implantação do SUS e modelos de assistência à saúde em Campina Grande (PB). Orientador: José Heleno Rotta. 1998, 142 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Economia da Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 1998. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/8975>>. Acesso em 22 de janeiro de 2024.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 32. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009. ISBN 978-85-7420-929-6.

SILVA, Júlio César Ballerini. Aspectos da Tutela do Direito à Saúde no Ordenamento Jurídico Pátrio: Ponderações sobre Relações de Direito Público e Privado. *Vox Forensis*. Espírito Santo do Pinhal, vol. 1, n. 1, p. 3-20, jan./jun., 2008. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/18398/Aspectos_da_Tutela_do_Direito_%c3%a0_Sa%c3%bade_no_Ordenamento_Jur%c3%addico_P%c3%a1trio_Pondera%c3%a7%c3%b5es_sobre_Rela%c3%a7%c3%b5es_de_Direito_P%c3%bablico_e_Privado.pdf>. Acesso em: 07 de abril de 2024.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas. São Paulo: Érica, 2014. ISBN 978-85-365-1323-2.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. p. 43-68. In: PARKER, Richard (org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

TORRES, Ricardo Lobo. A cidadania multidimensional na era dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.). Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed, rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. ISBN: 8571472777..

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, n.177, jul/set. 1989, p. 29-49. ISSN 0034-8007. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/46113/44271>>. Acesso em 20 de março de 2024.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Artigos originais, vol. 55, n. 6, p. 672-683, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/GLNkNqb3Hx775jPfsySrmtD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 07 de agosto de 2024.

VITAL, Danilo. Operadora deve ressarcir estado quando tratamento do SUS foi feito por ordem judicial. Consultor Jurídico, Administrativo, 2023. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2023-dez-08/sus-pode-cobrar-do-plano-de-saude-por-tratamento-pago-por-ordem-judicial/>>. Acesso em 03 de julho de 2024.

WERNER, Patricia Ulson Pizarro. Direito à saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP, Tomo Direito Administrativo e Constitucional. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/direito-a-saude_5a85fe85cb583.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2024.

ZOCKUN, Carolina Zancaner. Da Intervenção do Estado no Domínio Social. Coleção Temas de Direito Administrativo, 21. São Paulo: Malheiros, 2009. ISBN: 978-85-7420-948-7.

ZOCKUN, Maurício; VALENTINI, Fernanda Ghiuro. A prestação do serviço de saúde pelo Estado. Migalhas, Migalhas de Peso, 2020. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/de-peso/329752/a-prestacao-do-servico-de-saude-pelo-estado>>. Acesso em 20 de maio de 2024.