

LEANDRO MATOS ALVES FREIRES

DIREITO À SAÚDE: O DEVER DO ESTADO E A JUDICIALIZAÇÃO.

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2024

LEANDRO MATOS ALVES FREIRES

DIREITO À SAÚDE: O DEVER DO ESTADO E A JUDICIALIZAÇÃO.

Projeto de monografia apresentado ao Núcleo de Trabalho Científico do curso de Direito da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do professor Me. Rivaldo Jesus Rodrigues.

LEANDRO MATOS ALVES FREIRES

DIREITO À SAÚDE: O DEVER DO ESTADO E A JUDICIALIZAÇÃO.

Anápolis, 25 de junho de 2024.

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me dar força, saúde e perseverança ao longo de todo este percurso.

Aos meus pais, José Alves Freires e Maria Nalva de Matos, por todo amor, apoio e incentivos, e por me proporcionarem todas as oportunidades de estudo e crescimento. Sem vocês, nada disso seria possível.

Ao meu orientador Me. Rivaldo Jesus Rodrigues, pela orientação, paciência, e inestimável contribuição para a realização deste trabalho. Sua expertise e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento desta monografia.

Aos meus professores, pela partilha de conhecimento e pelas experiências enriquecedoras que contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal.

RESUMO

O Direito à Saúde, destacando sua natureza, evolução histórica, fundamentos legais e os desafios contemporâneos. Consagrado na Constituição Federal de 1988, o Direito à Saúde é reconhecido como um direito universal e inalienável, refletindo um compromisso global. Apesar dos avanços normativos, a efetivação desse direito enfrenta obstáculos complexos, incluindo questões orçamentárias e socioeconômicas. O Procedimento Administrativo de Requerimento é essencial para a interação entre cidadãos e o Estado, especialmente no contexto da saúde, mas sua eficácia é comprometida por burocracia excessiva e demora nas respostas. A distribuição de competências entre União, Estados e Municípios, conforme a Constituição de 1988, e a descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS) são fundamentais para a efetivação dos serviços de saúde. No entanto, desafios na implementação do SUS frequentemente resultam na judicialização da saúde. Esta pesquisa fornece uma visão abrangente sobre esses temas, sublinhando a importância da promoção da dignidade humana e a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, com uma análise crítica dos fundamentos legais e uma reflexão sobre os desafios atuais para desenvolver propostas que visem à plena concretização do Direito à Saúde.

Palavras-chave: Carência; Saúde; Requerimento; Descentralização; Judicialização.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – DO DIREITO À SAÚDE	03
1.1 Da Previsão na Constituição Federal de 1988.....	03
1.2 Da Modalidade de Saúde	05
1.3 Do Entendimento de “Alto Custo”.....	08
CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO DE REQUERIMENTO. 13	
2.1. Da necessidade do Paciente.....	14
2.2. Do Procedimento de Requerimento à Negativa	20
CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA DE CADA ENTE FEDERATIVO.....	26
3.1. Obrigações dos Municípios	28
3.2. Participação dos Estados.....	31
3.3. Atuação da União	34
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde, objeto de crescente atenção tanto a nível nacional quanto internacional, é explorado nesta monografia com o objetivo de aprofundar sua compreensão. Esta pesquisa busca examinar sua natureza, evolução histórica, fundamentos legais e os desafios contemporâneos que o cercam. Desde sua consagração como um direito inalienável na Constituição Federal de 1988, o reconhecimento da saúde como um direito universal tem ganhado destaque global.

No entanto, apesar dos avanços normativos, a efetivação deste direito enfrenta desafios complexos, como questões orçamentárias, obstáculos estruturais e socioeconômicos. O Procedimento Administrativo de Requerimento desempenha um papel crucial na interação entre cidadãos e o Estado, especialmente no contexto da saúde. Sua trajetória, evolução e os desafios contemporâneos que enfrenta, como a burocracia excessiva e alongamento de respostas, comprometem sua eficácia e aplicabilidade.

Por fim, será explorada a distribuição de competências entre os diferentes entes federativos na garantia do direito à saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Destaca-se a importância da descentralização e do comando único para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e discutem-se os desafios enfrentados na implementação do SUS, resultando na judicialização da saúde.

Esta pesquisa pretende fornecer uma visão abrangente sobre o Direito à Saúde, o Procedimento Administrativo de Requerimento e a distribuição de competências entre os entes federativos, destacando sua importância na promoção da dignidade humana e na construção de uma sociedade mais justa e equitativa. A

análise crítica dos fundamentos legais, bem como a reflexão sobre os desafios atuais, estes essenciais para a compreensão integral desses temas e para o desenvolvimento de propostas que visem à sua plena concretização.

CAPÍTULO I – DO DIREITO À SAÚDE

O capítulo em questão, visa explorar e aprofundar a compreensão do Direito à Saúde, analisando sua natureza, evolução histórica, fundamentos legais e desafios contemporâneos. Consagrado como um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, surge como uma premissa inalienável e essencial para o pleno desenvolvimento e dignidade da pessoa, reconhecido como um direito fundamental, sendo assistido por diversas normas internacionais, constitucionais e infraconstitucionais.

1.1 Da Previsão na Constituição Federal de 1988

O reconhecimento da saúde como um direito fundamental ganhou destaque global, refletindo-se em documentos internacionais que reafirmam o compromisso dos Estados em garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade. Aduz a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro 1948 em seu artigo 25:

Artigo 25 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

No contexto nacional, a Constituição Federal de 1988, ao consagrar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conferiu-lhe status de cláusula pétrea, evidenciando sua importância no ordenamento jurídico brasileiro. Por sua

vez, alega Carlos Frederico de Menezes Souza, em sua visão destaca o dever do Estado de agir concretamente para garantir o acesso à saúde, sob risco de sofrer sanções jurídicas, “A saúde, como direito fundamental e cláusula pétrea, exige do Estado a adoção de medidas positivas para a sua efetivação, sob pena de responsabilização judicial” (Souza, 2020, p. 1072).

Promulgada em 1988 a Constituição da República Federativa do Brasil, comumente chamada de “Carta Magna”, teve como finalidade instituir um Estado Democrático, dessa forma, destinada a garantir o exercício dos direitos sociais e individuais (Brasil, 1988).

Estabelece a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6º, os direitos sociais fundamentais para manter a dignidade da pessoa humana, sendo eles a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, que assim descreve:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988).

Logo adiante, conforme prevê o Art. 196 da Constituição Federal, tem o Estado o dever de assegurar o direito à saúde a todos indivíduos, devendo através de políticas sociais e econômicas visar à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, assim expõe:

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 (Brasil, 1988).

1.1.1 Do Reconhecimento do Direito à Saúde como Direito Fundamental

A inclusão da saúde como um direito fundamental social representou uma inovação na Carta Magna de 1988. Nas constituições precedentes, não houve disposição para assegurar o acesso aos serviços de saúde de forma generalizada e

justa. As Constituições de 1824 e 1891 não trataram do direito à saúde, enquanto as Constituições Federais de 1934, 1937, 1946 e 1967 se restringiram a definir as atribuições legislativas dos entes federativos (Brasil, 1988).

Essa carência de previsão específica para o direito à saúde contrasta com a abordagem adotada na Constituição de 1988, onde o direito à saúde foi reconhecido como um elemento vital dos direitos sociais, evidenciado pela atenção dedicada a esse tema em um capítulo próprio. A forma como a saúde foi abordada na constituição reflete a importância conferida a esse bem jurídico, sublinhando a íntima ligação entre o direito à saúde e o direito à vida, e fortalecendo, assim, a tutela constitucional à dignidade da pessoa humana (Moura, 2013).

Em contrapartida, insta pontuar que, anteriormente a Constituição de 1988, já havia sido levantada em consideração questões relacionadas ao Direito à Saúde através de declarações como a Declaração de Alma Ata 1978, onde os governos buscavam consolidar como meio de alcançar os objetivos da saúde (Delgado, 2018).

O autor destaca as seguintes declarações:

Com a Declaração de Alma-Ata, em 1978, os governos membros da OMS enfatizaram os CPS como um caminho para alcançar os objetivos da saúde, como parte de um desenvolvimento geral com espírito de justiça social. Com esse enfoque, a meta Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT/2000) transcendeu a dimensão restritiva da saúde como simples ausência de doença já consignada na declaração da ONU de 1948, para considerá-la uma expressão das condições objetivas de existência de diferentes grupos sociais, em um espaço e em um momento dados, fato que refletia as suas condições de vida (Delgado, 2018, p.64).

1.2 Da Modalidade de Saúde

A compreensão das modalidades de saúde no âmbito jurídico de acordo com Maria Helena Diniz, "a complexidade dessa temática exige uma abordagem que vá além do simples reconhecimento do direito, envolvendo considerações sobre sua implementação efetiva e as nuances relacionadas ao acesso universal" (Diniz, 2013).

A abordagem de Diniz destaca a necessidade de políticas públicas específicas para garantir o acesso igualitário à saúde. A autora ressalta que a legislação, por si só, pode não ser suficiente para assegurar a efetividade do direito à

saúde (Diniz, 2013). É crucial a implementação de normativas que considerem a complexidade do sistema de saúde brasileiro e busquem soluções práticas para superar os desafios encontrados na oferta de insumos e tratamentos.

Paulo Bonavides contribui para a compreensão das modalidades de saúde ao destacar a importância das normativas, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Bonavides ressalta que o SUS desempenha um papel fundamental na concretização do direito à saúde, sendo uma peça chave na busca pela equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil (Bonavides, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um direito fundamental de natureza social previsto na Constituição Federal de 1988. O SUS tem como objetivo garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Bonavides, 2016, p. 987).

A análise de Bonavides sublinha a necessidade de uma abordagem sistêmica para entender as modalidades de saúde. O autor argumenta que o SUS, ao estabelecer diretrizes e normativas, busca não apenas garantir o acesso aos serviços de saúde, mas também promover uma abordagem integral que contemple a prevenção, promoção e recuperação da saúde. (Bonavides, 2016).

Nesse contexto, as normativas adotadas pelo SUS desempenham um papel crucial na efetivação do direito à saúde, influenciando diretamente a forma como as modalidades de saúde são implementadas e percebidas pela população. Em síntese, as contribuições de autores como Diniz, 2013 e Bonavides, 2016, oferecem uma compreensão aprofundada das modalidades de saúde, destacando a importância de políticas públicas eficazes e normativas bem estruturadas na concretização do direito à saúde.

1.2.1 Das Políticas Públicas Existentes

Em se referindo a políticas públicas, é imperioso ressaltar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes”, contendo como princípios a Universalização, Equidade e Integralidade da saúde (Brasil, 1990).

Define-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como:

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 1990).

Por sua vez, Gastão Wagner de Sousa Campos, durante o XI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Goiânia, alega que apesar da quantidade de dificuldades que está sujeito o sistema SUS, sua própria existência já constitui em um grande avanço para o direito à saúde, onde a gestão e o planejamento colocam em primeiro lugar as necessidades sociais, tirando o espaço do mercado nesse assunto, veja-se:

O principal é a própria existência concreta do SUS, um sistema com grandes problemas, mas que ampliou o direito à saúde. Além da utilidade, o SUS tem exercido um papel simbólico, ao demonstrar a possibilidade e a importância da solidariedade, ao confirmar a necessidade de haver espaço social de não mercado, em que a gestão e o planejamento se orientam a partir das necessidades sociais e não da sobrevivência do mais apto (Campos, 2015, Online).

A edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, reconhecida como uma conquista de magnitude no domínio da saúde pública, tem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) um elemento essencial, delineando a efetividade das políticas de saúde, a RENAME, listagem meticulosamente elaborada pelo Ministério da Saúde, emerge como uma resposta aos compromissos do SUS em proporcionar uma assistência farmacêutica integral e de fácil acesso. Define-se o RENAME:

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos no SUS. A Rename 2022 apresenta os medicamentos oferecidos em

todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos da rede (Brasil, 2022).

Assim como Paulo Bonavides ressalta a importância das normativas na consolidação dos direitos fundamentais, o SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM, ao padronizar procedimentos e medicamentos, se revela como uma ferramenta crucial na promoção da integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim o SIGTAP contribui para a transparência e otimização dos processos, fundamentais para uma assistência farmacêutica eficaz (Brasil, 2012).

1.3 Do Entendimento de “Alto Custo”

Adentrando a um dos principais motivos de judicialização do Direito à Saúde, é de suma importância o entendimento da expressão “alto custo”, onde o indivíduo não possui condições de custear o tratamento ou medicamento por meio de recursos próprios, mas que necessita para manutenção de sua saúde.

A apreensão do termo "alto custo" no contexto da saúde é uma indagação intrínseca que exige uma análise cuidadosa, a necessidade de uma definição clara e abrangente do conceito, considerando não apenas os aspectos financeiros, mas também os impactos sociais e de gestão no sistema de saúde.

Entende Paulo Dornelles Picon como medicamento de alto custo:

medicamentos de alto custo são aqueles cujo valor unitário mensal esteja acima de um salário mínimo, ou medicamentos de uso crônico indicado para doenças muito prevalentes (acima de 1% da população) cujo custo mensal seja superior a um terço de um salário mínimo (2002, Online).

Contudo, ainda que um popular tenha como renda o equivalente a um salário mínimo, não possui condições de garantir o uso contínuo de um determinado medicamento ou tratamento que utilize 50% de seu salário, tendo em vista que a quantia ganha não o possibilita desfazer-se de uma parcela tão alta sem que haja prejuízos em sua situação financeira.

Para Renilson Rehem de Souza, se define como “medicamentos excepcionais ou são aqueles ‘de elevado valor unitário’, ou que ‘pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. Utilizados em nível ambulatorial, a maioria deles é de uso crônico e parte deles integra tratamentos que duram por toda a vida”.

Os direitos acarretam custos elevados devido ao alto valor dos medicamentos. Assegurar esses direitos implica em despesas substanciais, especialmente quando se busca uma garantia justa e uniforme. Os direitos legais carecem de significado real se não forem coercivamente assegurados. Em outras palavras, a maioria dos direitos traz consigo deveres correspondentes, e esses deveres são levados a sério somente quando sua violação é punida pelo poder público por meio de recursos provenientes da fazenda pública.

A obra *O Custo dos Direitos*, descreve o seguinte:

Os direitos têm um custo alto porque o custo dos remédios é alto. Garantir os direitos sai caro, especialmente quando essa garantia é justa e uniforme; e os direitos jurídicos não têm significado algum quando não são garantidos coercitivamente. Para dizê-lo de outra maneira, quase todos os direitos implicam deveres correlativos, e os deveres só são levados a sério quando seu descumprimento é punido pelo poder público mediante recurso à fazenda pública (Holmes; Sunstein, 2019, p.23).

1.3.1 Do Impacto Econômico da Judicialização da Saúde

Ainda que previsto o dever do Estado pela constituição de garantir o Direito à saúde, deve se levar em conta que o “alto custo” não será reconhecido apenas pelo indivíduo, o Estado possui fontes de renda de valor limitado, essas se não bem geridas podem acarretar em falência do ente federativo.

Nesse diapasão, o Estado recorre ao Princípio da Reserva do Possível, uma forma encontrada para justificar a negativa em relação a prestação do auxílio ao público, de maneira de garantir a equidade de tratamento entre os indivíduos, Thiago Lopes Matsushita descreve o princípio como:

Essa decisão declara precisamente que, mesmo na medida em que os direitos sociais de participação em benefícios estatais não são

desde o início restringidos àquilo existente em cada caso, “eles se encontram sob a reserva do possível, no sentido de estabelecer o que pode o indivíduo, racionalmente falando, exigir da coletividade (Matsushita, 2022, p. 1167).

Dessa forma, o Estado se vê na obrigação de garantir o bem estar social, tomando decisões que indignam o indivíduo que necessita do auxílio, priorizando a garantia para um coletivo, utilizando de suas verbas para não somente um particular, mas sim um todo.

A crescente judicialização da saúde tem exercido uma pressão significativa sobre os orçamentos públicos, muitas vezes levando a déficits que podem resultar em cortes em outras áreas essenciais. Conforme aponta Gilmar Ferreira Mendes (2018), o aumento das demandas judiciais por serviços de saúde não só desafia a capacidade financeira do Estado, mas também pode comprometer a distribuição equitativa de recursos em setores igualmente importantes como educação e infraestrutura.

O crescimento das ações judiciais exigindo serviços de saúde aumenta a pressão sobre os orçamentos públicos, podendo resultar em déficits e na necessidade de cortes em outras áreas essenciais (Mendes, 2018, p.204).

Augusto César Monteiro Filho, em sua obra *Perspectivas sobre a Judicialização da Saúde no Brasil sob o Enfoque do Direito e Economia*, redige da seguinte forma:

A concretização dos direitos sociais no Brasil enseja questões complexas, já que os recursos existentes na sociedade são escassos e sua prestação envolve custos vultosos. Nessa quadra, o Estado é obrigado a realizar “escolhas trágicas”, tendo que eleger prioridades dentre várias demandas igualmente legítimas, conforme assentado no julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada STA 175, de relatoria do Min. Gilmar Mendes, julgada em 17.03.2010 (Monteiro, 2020, p. 449).

Além disso, os pedidos judiciais frequentemente envolvem procedimentos e medicamentos de alto custo, o que coloca em risco a sustentabilidade do sistema de saúde. Barreto e Almeida (2019) destacam que os elevados gastos associados a essas demandas judiciais podem desestabilizar financeiramente o sistema, tornando difícil manter o equilíbrio entre a oferta de tratamentos avançados e a gestão eficiente dos recursos disponíveis. A pressão para atender essas demandas pode resultar na

alocação desproporcional de fundos, prejudicando outras áreas do atendimento à saúde.

Os custos com procedimentos e medicamentos de alto custo, frequentemente solicitados por via judicial, podem comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde (Barreto; Almeida, 2019, p.).

Adicionalmente, a judicialização da saúde pode levar a ineficiências dentro do sistema, como a realização de procedimentos desnecessários ou a compra de medicamentos com alto custo e baixa efetividade. Silva e Santos (2020) observam que a pressão judicial pode forçar a administração de saúde a tomar decisões que não são baseadas em evidências médicas robustas, mas sim em respostas rápidas a mandados judiciais. Isso pode não só desperdiçar recursos preciosos, mas também desviar a atenção de tratamentos mais eficazes e de políticas de saúde pública que beneficiariam um maior número de pessoas:

A judicialização pode gerar ineficiências no sistema, como a realização de procedimentos desnecessários ou a compra de medicamentos com alto custo e baixa efetividade, devido à pressão judicial (Silva & Santos, 2020).

Portanto, embora a judicialização da saúde busque garantir o acesso a tratamentos e medicamentos necessários, é crucial equilibrar essa prática com a sustentabilidade financeira e a eficiência do sistema de saúde. A compreensão desses desafios e a busca por soluções que harmonizem os direitos individuais com a gestão responsável dos recursos públicos são essenciais para a promoção de um sistema de saúde mais justo e eficiente.

O Supremo Tribunal Federal. Tema 793. Recurso Extraordinário nº 657.718. Tribunal Pleno. Relator: Min. Alexandre de Moraes. Julgamento em 23 de maio de 2019. Publicação em 16 de abril de 2020. Ementa o que segue:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo

Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos.

Diante a discussão, pode-se aferir que, é decidida a responsabilidade solidária entre os entes federados, como forma de amenizar o impacto econômico, onde muitas das causas são de valores exorbitantes, trazendo um alívio aos recursos principalmente financeiros.

O Tema 793 tem sido fonte de intensos debates sobre a divisão de responsabilidades entre os entes federados na área da saúde. Este tema trouxe à tona a complexidade de determinar qual ente, União, Estados ou Municípios deve ser responsabilizado em cada situação específica.

O Tema 793 gerou debates sobre a divisão de responsabilidades entre os entes federados na área da saúde, pois nem sempre é claro qual ente deve ser responsabilizado por cada caso." (Barreto; Almeida, 2019, p.458).

Como destacam Barreto e Almeida (2019), a falta de clareza na atribuição de responsabilidades pode gerar confusão e ineficiências, dificultando a prestação eficaz de serviços de saúde à população.

Essa indefinição de competências muitas vezes leva a um jogo de empurra-empurra entre os entes federativos, onde cada um tenta transferir a responsabilidade para o outro. Este cenário pode resultar em atrasos na prestação de serviços essenciais e na judicialização de questões que poderiam ser resolvidas administrativamente. A fragmentação das responsabilidades contribui para um sistema de saúde que, em alguns casos, se mostra desorganizado e incapaz de responder prontamente às necessidades dos cidadãos.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO DE REQUERIMENTO

O presente capítulo discorre a análise do procedimento administrativo de requerimento de medicamentos, cirurgias, procedimentos e insumos, além de sua trajetória e evolução, bem como a necessidade do paciente e dos obstáculos contemporâneos.

O Direito Administrativo tem como pilar o procedimento de requerimento, que atua como um aparato indispensável na interação entre cidadãos e o Estado, zelando por exercício da cidadania e efetividade na garantia de direitos.

O procedimento administrativo de requerimento, passou por transformações sociais, políticas e legais, sendo no cotidiano caracterizada por participação dos cidadãos na gestão pública, uma vez que o fortalecimento dos direitos dos indivíduos fora ratificado e limites foram estabelecidos ao poder estatal, incluindo a regulamentação desses processos.

Compreende Diogo de Figueiredo Moreira Neto:

[...] O certo é que o reconhecimento da superioridade da democracia sobre as demais experiências políticas, nas incontáveis formas vividas pela humanidade, se vem comprovando na breve, mas incisiva história de seu próprio crescimento, que remonta desde sua primeira organização, única, singular e quase inacreditável na Antiguidade Grega, passando pelas experiências da Modernidade ocidental, aos múltiplos exemplos que hoje nos oferece esta surpreendente Pós-Modernidade, caracterizando o que se tem apropriadamente denominado de “ressurgência global da democracia” (Moreira, 2011, p.16).

Conforme salientado por Diogo de Figueiredo Moreira Neto, um importante administrativista da atualidade, o procedimento administrativo é um instrumento para realização da democracia substantiva, conduzido por princípios gerais e específicos que fornecem bases políticas, jurídicas e éticas, dentro de cada contexto legal e institucional, dentre esses, é possível destacar o da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Assim, fornecem uma base para orientação e aplicação da administração pública nos requerimentos apresentados (Moreira, 2011).

Embora haja evolução doutrinária e normativa, o Procedimento Administrativo de Requerimento ainda persiste com desafios significativo. Burocracia excessiva, delongamento de respostas, ausência de clareza, podem corroborar para comprometimento na eficácia e aplicabilidade de tais processos.

Nesse contexto, é crucial compreender essa complexidade voltada tanto para esferas sociais e políticas quanto econômicas, buscando identificar resoluções e recompensações para superação de entraves persistentes (Moreira, 2011).

Este estudo pretende fornecer ampla visão a respeito do Procedimento Administrativo de Requerimento, salientando seu destaque na promoção de cidadania. A análise dos fundamentos jurídicos em junção com a reflexão a respeito dos obstáculos atuais, são essenciais para apreensão desse mecanismo vital de acesso à justiça administrativa.

2.1. Da necessidade do Paciente

As políticas nacionais de saúde voltadas para grupos populacionais específicos são indispensáveis na promoção de equidade e garantia do acesso universal aos serviços de saúde, visam o atendimento às necessidades específicas, prevenção e promoção de saúde, respeito aos direitos humanos, redução das desigualdades e melhoria na qualidade de vida.

Para Lenio Streck:

[...] A importância de compreender a relação entre texto e norma, argumentando que não há equivalência ou autonomia total entre os dois. Ele também destaca a necessidade de uma abordagem hermenêutica crítica na interpretação jurídica, que procure corrigir os

equivocos de várias teorias de interpretação que reconhecem a natureza concreta do direito, mas permanecem vinculadas à metafísica (Streck, 2008, p.33).

O Procedimento Administrativo de Requerimento garante o acesso desses grupos aos serviços de saúde previstos em lei. Essa ferramenta é crucial para promoção de capacidades dos indivíduos e comunidades exigirem e reivindicarem seus direitos de forma incisiva e efetiva.

Conforme apresentado por Lenio Streck, o reconhecimento de que a política de saúde não deve ser homogênea, mas sim adaptada as diferenças sociais, é possível considerar a sensibilidade às disparidades em junção com as políticas específicas.

2.1.1. Da Necessidade Individual

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528, de 19/10/2006, advém com o envelhecimento em grande escala da população, visando recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, guiando a implementação de ações de saúde, tanto coletivas quanto individuais, com foco nesse objetivo, em conformidade com os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006).

A atenção integral para a saúde da pessoa idosa deve estar nos moldes de uma linha de cuidados, sendo o usuário o foco principal, baseado nos direitos, necessidades, preferências e habilidades, estabelecendo fluxos bidirecionais funcionais, aumentando e facilitando o acesso aos níveis de atenção, uma vez que a abordagem preventiva sobressai a intervenções curativas tardias (Brasil, 2006).

De acordo com Ministério da Saúde:

A área técnica de Saúde da Mulher é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres Negras e população GLBTT (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada pela Área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004. Ela incorpora a promoção da saúde como princípios guia e busca contribuir para avanços dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a atenção obstétrica no planejamento reprodutivo, violência doméstica e sexual (Brasil, 2007).

As mulheres são as principais usuárias do Sistema de Saúde, principalmente como acompanhantes. Elas vivem mais que os homens, porém adoecem com maior frequência, e esse fator é intrinsecamente relacionado aos episódios constantes de discriminação nas relações de trabalho, violência doméstica e sexual e sobrecarga com responsabilidades de trabalho doméstico (Brasil, 2007).

O Brasil é o único país da América Latina que possui uma política para a saúde masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ela tem por objetivo promover melhoria nas condições de saúde desse grupo social, contribuindo para redução da morbimortalidade e englobando fatores de risco e vulnerabilidade associados (Brasil, 2008)

Segundo Francisco Jorge Daher Carneiro Neto:

Pode-se afirmar que devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde brasileiro, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, mantendo-se em segundo plano. Este público é resistente à prevenção e ao autocuidado, chegando, na maioria dos casos, tardiamente aos serviços de saúde, que têm como porta de entrada os serviços de urgência, e não a atenção primária, como preconizado (Carneiro, 2016, p.16).

Os homens habituaram-se a evitar espaços de saúde, sendo avessos a prevenção e autocuidado, permitindo assim que casos se agravem e fiquem com despesas elevadas para si e para o Sistema de Saúde, que deve intervir nas fases mais avançadas das doenças. Para melhorar o alcance desses indivíduos essa política visa ampliar horários de funcionamento dos postos de saúde e busca ativa na comunidade, por exemplo.

Há ainda as políticas voltadas para as crianças (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)) e adolescentes que objetivam promoção e proteção da saúde, reduzindo a morbimortalidade. O monitoramento de

profissionais de saúde nessa etapa de desenvolvimento é crucial, pois as taxas de crescimento podem flutuar, sendo necessário levar em conta os efeitos do ambiente e particularidades individuais. Esses elementos podem alterar, interromper ou mesmo reverter processos típicos de desenvolvimento e puberdade (Brasil, 2005).

Apesar dessas políticas nacionais estabelecidas, muitas vezes o acesso ao serviço de saúde é dificultado e falho devido à falta de recursos, discriminação e outros empecilhos que os pacientes enfrentam ao tentar exercer e reivindicar seus direitos previstos.

De acordo com Patrícia Rodrigues Sanine:

As mudanças nas diretrizes políticas que orientam as ações na APS implementadas nos últimos anos, como a não exigência de um número mínimo de ACS por equipe de USF e a sobreposição de responsabilidades desse profissional, preconizadas pela PNAB 2017, vão em sentido oposto aos resultados encontrados. Essas medidas, ao lado das restrições orçamentárias impostas ao SUS, a um tempo que constroem o aprimoramento das ações na APS, tornam a busca por mecanismos de apoio à qualidade dos serviços ainda mais importante (2021, p. 365).

Os idosos enfrentam dificuldades no acesso aos cuidados especializados – geriatria e cuidados paliativos. Ademais, embora a política de saúde voltada para a população idosa exista, a prevenção e tratamento de doenças crônicas comuns entre os idosos pode acarretar subtratamento e complicações de saúde.

Em algumas regiões do país, as mulheres enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva – contraceptivos e planejamento familiar. Não obstante, a violência continua sendo uma questão significativa que afeta mental e fisicamente as mulheres, sendo constante a subnotificação e a ausência de recursos para apoio adequado.

Na população masculina, estereótipos de masculinidade podem dificultar a busca por cuidados, como já citado anteriormente, além disso, o cuidado com relação à saúde mental e prevenção de doenças crônicas não são efetivos mesmo com a presença da política, pois são negligenciados. O resultado disso é a persistência de subdiagnósticos e subtratamento em condições psíquicas.

Assim como alega Francisco Jorge Daher Carneiro Neto:

Inúmeras são as questões de gênero que dificultam ou mesmo evitam o acesso dos homens aos serviços de saúde, como por exemplo, a necessidade culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados (2016, p.07).

Embora as políticas de saúde infantil e adolescente apresentem avanços evidentes, áreas como saúde mental, nutrição e prevenção de doenças infecciosas ainda apresentam entraves significativos. Muitas crianças e adolescentes enfrentam obstáculos no acesso a serviços de saúde mental devido à falta de profissionais especializados e à estigmatização associada aos transtornos mentais. Além disso, a desnutrição e a obesidade continuam sendo problemas de saúde significativos em muitas comunidades, exigindo uma abordagem mais abrangente e integrada.

Embora as últimas décadas tenham testemunhado avanços importantes na saúde infantil e adolescente no Brasil, ainda persistem desafios significativos em áreas como saúde mental, nutrição e prevenção de doenças infecciosas. O acesso inadequado a serviços de saúde mental, a estigmatização associada aos transtornos mentais, a persistência da desnutrição e da obesidade, e as dificuldades no controle de doenças infecciosas exigem medidas urgentes e abrangentes para garantir o bem-estar integral das crianças e adolescentes (SBP, 2017, p. 23).

Dessa maneira, o Procedimento Administrativo de Requerimento emerge como recurso indispensável na correção das adversidades presentes no sistema de saúde. Ao permitir que os pacientes pleiteiem seus direitos de maneira eficaz, essa ferramenta não só oferece oportunidade significativa de manifestação como também atua como instrumento de confronto as desigualdades e brechas no acesso as assistências a saúde.

Para Hely Lopes Meirelles:

A Administração Pública deve ser conceituada, adotando-se os seguintes critérios: o formal, que define a Administração como um conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; o material, que estabelece um conjunto de funções necessárias para os serviços públicos; e o operacional, que a define como o desempenho perene e sistemático, legal e técnico dos serviços próprios do Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade (2003, p.63).

Em síntese, a conclusão se desdobra na compreensão dos três pilares fundamentais delineados por Meirelles (2003). Primeiramente, destacam-se os objetivos governamentais como diretrizes primordiais para a atuação do Estado. Em seguida, é ressaltada a importância do material, representando o arcabouço de funções essenciais para a prestação dos serviços públicos. Por fim, o aspecto operacional emerge como o executor contínuo e sistemático, tanto legal quanto tecnicamente, dos serviços estatais em prol do bem-estar coletivo. Assim, a compreensão desses elementos fundamentais é essencial para a efetividade e o sucesso das atividades estatais em servir à sociedade.

2.1.2 Da Necessidade Coletiva

Em relação às políticas nacionais de saúde destinadas aos grupos sociais específicos, o Procedimento Administrativo de Requerimento permite que os pacientes expressem suas necessidades e demandas de forma formalizada, garantindo que as políticas públicas sejam sensíveis às realidades e às dificuldades enfrentadas por esses grupos.

Ao empoderar os pacientes para que exijam seus direitos, corrobora para garantir que as políticas de saúde sejam implementadas de maneira adequada e justa para todos os segmentos da sociedade. Isso significa que as necessidades específicas dos grupos sociais mais vulneráveis não são negligenciadas, mas sim consideradas e endereçadas de forma prioritária.

O Princípio da Publicidade, segundo Alexandre de Moraes:

A publicidade se faz pela inserção do ato no Diário Oficial ou por edital afixado no lugar próprio para divulgação de atos públicos, para conhecimento do público em geral e, conseqüentemente, início da produção de seus efeitos pois somente a publicidade evita os dissabores existentes em processos arbitrariamente sigilosos, permitindo os competentes recursos administrativos e as ações judiciais próprias (2008, p. 323).

Ao tornar o processo de reivindicação de direitos mais acessível e transparente, o Procedimento Administrativo de Requerimento promove responsabilização das autoridades pela implementação das políticas de saúde. Ou

seja, há maior imputabilidade dos gestores públicos para garantir que os recursos sejam disponibilizados de maneira efetiva e que os serviços de saúde sejam ofertados de forma equivalente para todos os cidadãos.

Em suma, a combinação entre políticas nacionais de saúde sensíveis às necessidades dos grupos sociais específicos e a utilização adequada de mecanismos de controle e participação cidadã, como o Procedimento Administrativo de Requerimento, é essencial para garantir que todos os cidadãos tenham acesso digno e igualitário aos serviços de saúde, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

2.2. Do Procedimento de Requerimento à Negativa

O Procedimento de requerimento à negativa é uma etapa indispensável aos serviços de saúde, uma vez que desempenha um papel fundamental na defesa dos direitos previstos ao paciente e na busca por uma solução justa e adequada. “O Requerimento Administrativo é um documento de formalização do pedido de informações e/ou de adoção de medidas administrativas, endereçada aos órgãos da Administração Pública” (Brasil, 2023).

A temática da saúde é sensível e envolve urgências e questões vitais que espelham diretamente na vida e bem-estar dos cidadãos. Ao ter um pedido de tratamento, procedimento, medicamento negado, pode haver consequências graves, incluindo o agravamento do quadro de saúde e riscos inerentes à vida (Brasil, 2023).

Dessa forma, o Procedimento de Requerimento à Negativa possibilita que o paciente ou seu representante legal conteste a decisão da instituição de saúde e busque reversão dessa negação. Essa formalidade burocrática corrobora para acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, permite que o indivíduo exerça seus direitos e busque solução para o problema de saúde em questão.

O direito constitucional à saúde é um dos princípios fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal brasileira de 1988.

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 (Brasil, 1988).

Dessa forma, o procedimento de requerimento à negativa está diretamente relacionado ao direito constitucional à saúde, pois visa garantir que esse direito seja efetivamente assegurado na prática. Ele permite que o paciente exerça seus direitos e busque uma solução para seu problema de saúde, mesmo diante de negativas injustas ou arbitrárias por parte das instituições de saúde (Spina, 2021).

O objetivo foi, então, demonstrar que o requerimento administrativo prévio pode contribuir para a desjudicialização da saúde pública, propiciando melhor capacidade de organização do SUS (Spina, 2021, p.04).

Além disso, o procedimento de requerimento à negativa contribui para o aprimoramento do sistema de saúde como um todo, ao identificar falhas e lacunas no sistema que precisam ser corrigidas. Dessa forma, ele não apenas protege os direitos individuais dos pacientes, mas também promove a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para toda a sociedade (Spina, 2021).

Portanto, o direito constitucional à saúde e o procedimento de requerimento à negativa estão intrinsecamente ligados, representando ferramentas importantes para garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e a efetivação desse direito fundamental para todos os cidadãos.

2.2.1 Do Mínimo Existencial

O princípio do mínimo existencial está ligado à responsabilidade do Estado em garantir condições mínimas de serviços e benefícios para que os indivíduos vivam com dignidade. Não se limitando meramente a sobrevivência física, mas abrangendo o direito à vida e à dignidade humana, sendo considerado um direito fundamental e essencial para todos os cidadãos.

Vale salientar, que a origem do mínimo existencial decorre do caso julgado na Corte Constitucional Alemã, de 1954, que condiciona o direito à vida, integridade física, saúde e educação como elementos mínimos e essenciais para a dignidade

humana, não podendo, o poder público invocar a reserva do possível nesses casos (Krell, 2002).

Para Ingo Wolfgang Sarlet:

Num primeiro momento, a qualificação da dignidade da pessoa humana como princípio fundamental traduz a certeza de que o art. 1º, inc. III, da nossa Lei fundamental não contém apenas uma declaração de conteúdo ético e moral (que ela, em última análise, não deixa de ter), mas que constitui norma jurídica positiva com status constitucional e, como tal, dotada de eficácia, transformando-se de tal sorte, para além da dimensão ética já apontada, em valor jurídico fundamental da comunidade. Importa considerar neste contexto, que na condição de princípio fundamental, a dignidade da pessoa humana constitui valor-guia não apenas dos direitos fundamentais, mas de toda ordem constitucional, razão pela qual se justifica plenamente sua concretização como princípio constitucional de maior hierarquia axiológico-valorativa (2007, p.111).

Em outras palavras, o mínimo existencial engloba direitos essenciais sem os quais o ser humano não pode viver com dignidade. Isso inclui, direito à educação, acesso à saúde, vestuário, alimentação e moradia (Sarlet, 2007).

Ao avaliar a intersecção entre a teoria do mínimo existencial e o direito à saúde, é importante considerar que o mínimo existencial engloba não apenas a garantia de serviços de saúde básicos, mas também o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos necessários para a manutenção da saúde e do bem-estar físico e mental.

o mínimo existencial, por sua vez, traduz-se no núcleo essencial dos direitos sociais, que o estado tem a obrigação de garantir, independentemente das contingências orçamentárias. no âmbito da saúde, o mínimo existencial compreende o acesso a serviços, medicamentos e tratamentos indispensáveis à preservação da vida e da saúde, bem como à promoção do bem-estar físico e mental (Sarlet, 2018, p. 453).

Sendo assim, essa teoria estabelece uma base normativa para a efetivação do direito à saúde, exigindo do Estado a execução de políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis e marginalizados da sociedade.

No âmbito da saúde pública, a teoria do mínimo existencial implica na obrigação do Estado de garantir um sistema de saúde público e gratuito, capaz de fornecer assistência integral e de qualidade a todos os cidadãos, sem considerar sua situação econômica ou social. Isso inclui a disponibilização de serviços preventivos, curativos e de reabilitação, assim como a promoção de ações de saúde com foco para a prevenção de doenças e o estímulo do bem-estar geral da população (Sarlet, 2018).

2.2.2 Da Teoria da Reserva do Possível

O princípio da reserva do possível no ordenamento jurídico pátrio, estabelece a ideia de que embora o Estado seja o responsável por garantir os direitos sociais, o mesmo não se efetiva somente em virtude das prestações positivas, pois para sua efetivação é necessário que os entes federativos possuam recursos disponíveis para tal finalidade, ou seja, o Estado é o responsável pelas prestações sociais, mas tem sua atuação limitada devido a indisponibilidade orçamentária.

Para Ana Paula de Barcellos:

A expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante da necessidade quase sempre infinitas a serem por elas suprida. No que importa ao estudo aqui empreendido, a reserva do possível significa que, além das discussões jurídicas sobre o que se pode exigir judicialmente do Estado – e em última análise da sociedade, já que é esta que o sustenta – é importante lembrar que há um limite de possibilidades materiais para esses direitos (2002, p.261).

Em síntese, a reserva do possível visa destacar a realidade econômica de recursos escassos perante as necessidades a serem atendidas. No contexto deste estudo, além de questões jurídicas sobre as reivindicações ao Estado e a sociedade, há uma limitação imposta pelas viabilidades materiais para a solidificação desses direitos (Barcellos, 2002).

Nesse sentido, a reserva do possível passou a ser utilizada como justificativa para abandono estatal perante o cumprimento das obrigações institucionais.

Para que o Estado possa alegar a reserva do possível, é necessário comprovar perante tribunal que não possui condições factuais viáveis para cumprir a norma constitucional. Em uma hipotética circunstância, o Estado teria recursos para tratar milhões de pacientes com doenças comuns ou para tratar grupos específicos afetados por doenças raras. Nessas circunstâncias, o judiciário não poderia intervir, pois ambas as situações são legítimas, mas mutuamente excludentes.

Para o Ministro Celso de Melo:

A cláusula da “reserva do possível” – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se, dolosamente, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando dessa conduta governamental negativa puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (Brasil, 2013).

A factibilidade da reserva do possível, de acordo com a jurisprudência, pauta-se sobre os princípios da racionalidade e praticabilidade, que devem ser aplicados de forma universal e imparcial. No entanto, é imperativo lembrar que a falta de recursos orçamentários não pode servir como empecilho para a garantia dos direitos sociais, os quais são fundamentais para a dignidade humana. Nesse contexto, cabe ao Poder Judiciário, quando provocado, resolver os conflitos decorrentes dessa questão, evitando comprometer os interesses da coletividade (Brasil, 2013).

2.2.3 Da Judicialização da Saúde

A Judicialização é uma circunstância que vem do modelo constitucional adotado pelo sistema brasileiro.

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. (Barroso, 2003. p. 78).

A crescente judicialização da saúde reflete um cenário desafiador, onde os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário em busca do acesso a tratamentos médicos, medicamentos e serviços de saúde, cada vez mais específicos e não fornecidos pelo

sistema público. Esse fenômeno, embora demonstre a legítima busca pelos direitos à saúde garantidos constitucionalmente, também revela as dificuldades estruturais e financeiras enfrentadas pelo Estado na oferta equitativa de serviços de saúde.

Para o secretário executivo de ações em saúde do Estado, Paulo Teixeira, é preciso uma reestruturação das redes assistenciais. “Estão sendo judicializadas coisas muito específicas que ninguém quer fazer com o preço que é pago pelo SUS. Então, a gente precisa primeiro reestruturar todas as redes que no momento precisam de melhoras” (CNJ, 2018).

Enquanto isso, a implementação de políticas públicas efetivas para assegurar esse direito muitas vezes encontra obstáculos, seja pela escassez de recursos ou pela morosidade do processo legislativo. Nesse contexto, o Judiciário desempenha um papel crucial na resolução de controvérsias, especialmente no fornecimento de medicamentos e custeio de tratamentos, respondendo a demandas que não encontram solução nas normativas existentes.

A judicialização surge como resposta a essa lacuna, podendo levar a uma gestão eficaz das políticas públicas de saúde, uma vez que o Estado é obrigado a agir de maneira mais eficaz para cumprir obrigações constitucionais. Contudo, assim como afirma Reynaldo Mapelli Júnior formas extrajudiciais de resolução de conflitos devem ser priorizadas no campo do direito à saúde, que não deve ser confundido com o direito de buscá-lo através de ações judiciais. Nesse contexto, a judicialização deve ser considerada como o último recurso entre os mecanismos para a efetivação do direito à saúde (Mapelli, 2017)

É imperativo que o Estado promova políticas públicas eficazes e sustentáveis para assegurar o pleno exercício do direito à saúde, superando obstáculos como a escassez de recursos e a morosidade do processo legislativo, garantindo o mínimo existencial. Somente assim será possível atender às demandas da sociedade de forma justa e eficiente, garantindo o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (Sarlet, 2007).

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA DE CADA ENTE FEDERATIVO

Este capítulo, aborda à responsabilidade cabível de cada ente federativo na garantia do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1998, a qual estabelece competências para promoção eficaz dos serviços de saúde. Essa estrutura organizacional está fundamentada no princípio da descentralização, pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prevê o artigo 198 da Constituição.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos (Brasil, 2022).

As atribuições dos diferentes entes federativos: União, Estado e Município, determina as responsabilidades e obrigações de cada estrato do governo no fornecimento de serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando tais atribuições são bem definidas e respeitadas, há maior coordenação e eficiência na prestação desses serviços, diminuindo a intervenção judicial.

Dalmo de Abreu Dallari, pondera que:

[...] conforme o disposto na nova ordem constitucional instaurada no Brasil em 1988, a proteção, a defesa e o cuidado da saúde estão sob a responsabilidade das três esferas de governo, cujas ações e serviços devem constituir um sistema que apresente apenas uma direção em cada uma dessas esferas (1995, p.79).

Cabe à União, aos Estados, aos Municípios cuidar da saúde e assistências pública e legislar concomitante sobre a proteção e defesa da saúde. Portanto, essa

visão de competências garante que a saúde pública e assistência social sejam visadas como prioridade em todos os níveis de governo, promovendo a integralidade da promoção à saúde, desde a prevenção primária (saneamento básico) até a terciária.

Vide o artigo 23 da Constituição Federal:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

[...]

IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (Brasil, 1988).

Os Municípios são responsáveis pela prestação de serviços de atenção básica à saúde, envoltos pela administração principalmente dos postos de saúde e unidades básicas, locais de maior atendimento direto. Já em relação aos Estados, são responsáveis pela coordenação regional do SUS e pela gestão dos serviços. São intermediários entre União e Municípios, garantindo efetividade das políticas nacionais e redes de saúde regionais (Brasil, 2022).

Ademais, cabe a União formular políticas nacionais de saúde, fiscalizar e regulamentar serviços e produtos, além de custear em partes o SUS. A gestão de programas do país de grande escala e distribuição de recursos financeiros para estados e municípios (Brasil, 2022).

Apesar da estrutura jurídica sólida, a implementação do SUS é permeada por desafios significativos, principalmente no que se diz ao financiamento e à eficácia da prestação dos serviços. Devido a esses obstáculos e outros, há a judicialização da saúde como resultado, um fenômeno crescente e complexo, que envolve questões éticas, jurídicas e econômicas.

Como o direito à saúde é um direito invocável em face do poder público, tendo como titulares, ao menos potencialmente, quaisquer indivíduos, é natural que a crescente judicialização prejudique o funcionamento do sistema judiciário, asoberbando o acervo de processos (Spina, 2021, p. 16).

A judicialização da saúde, está associada ao Poder Judiciário em conjunto com as reivindicações dos cidadãos, que são direcionadas para facilitar o acesso aos tratamentos, procedimentos, medicamentos e serviços de saúde, que não foram

fornecidos pelo sistema público de saúde. A Constituição Brasileira de 1988, prevê um sistema de saúde descentralizado, no qual cada ente federativo tem sua competência e especificidade.

[...] A judicialização da saúde tem se intensificado no Brasil, com o poder judiciário sendo acionado para garantir o acesso a tratamentos, medicamentos e serviços de saúde não providos pelo sistema público. Este fenômeno reflete tanto a falha do Estado em prover o direito à saúde quanto a assertividade dos cidadãos em reivindicar seus direitos constitucionais (Wang, 2013, p. 64).

Situações de urgência ou necessidade extrema, são os principais motivos para que os indivíduos entrem com ações judiciais contra o Estado para garantir o cumprimento desse direito. Já as ambiguidades e conflitos de competência podem levar a lacunas no atendimento e a um aumento de ações judiciais.

Os casos de urgência e necessidade extrema são os principais motivadores para a judicialização da saúde, onde os cidadãos recorrem ao Judiciário para assegurar o cumprimento de seu direito à saúde. As ambiguidades nas competências entre os entes federativos frequentemente resultam em lacunas no atendimento, intensificando a demanda por soluções judiciais (Santos; Garbin, 2014, p. 89).

O direito à saúde no país é garantido constitucionalmente e exige a colaboração entre os diversos entes federativos. No entanto, as desigualdades e incapacidade na garantia desses serviços leva a judicialização da saúde, um reflexo da gestão errônea e deficiente de recursos e direitos individuais, o que necessita de uma abordagem integrada entre Legislativo, Executivo e Judiciário.

Carlos Alberto Macedo Vieira afirma o seguinte:

A judicialização da saúde, embora represente um mecanismo importante para a efetivação do direito à saúde, também evidencia as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, marcado por desigualdades no acesso e na qualidade da assistência, especialmente para os segmentos mais pobres da população (2018, p. 129).

3.1 Obrigações dos Municípios

Os municípios têm responsabilidades específicas, que incluem o planejamento, organização, controle das ações e serviços de saúde. Participam

também do planejamento da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em parceria com as direções estaduais e federais, conforme previsto na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90). Essa distribuição visa assegurar que as esferas do governo se complementem, promovendo a eficiência na prestação de serviços de saúde.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:
I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho (Brasil, 1990).

A atenção primária, de responsabilidade exclusiva dos municípios, compreende os serviços básicos oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde e equipes de saúde da família, núcleos de apoio familiar e agentes comunitários. Esse nível fornece cuidados de fácil acesso a população (Brasil, 2010).

No cenário da saúde, os municípios são responsáveis por ofertar os serviços básicos de saúde, implementar as políticas de insumos e equipamentos de saúde, em conjunto com o Estado e União. A proximidade dessa esfera com a população oferece a oportunidade de identificar e responder as necessidades de saúde de modo imediato, eficaz e adaptado (Brasil, 2012).

Entretanto, devido a esta proximidade direta das prefeituras com a população, os municípios enfrentam frequentemente ações judiciais para fornecimento de serviços distintos relacionados a saúde, uma vez que há a limitação de recursos financeiros e técnicos, sendo necessário a assistência dos níveis superiores.

A gestão municipal enfrenta significativos desafios financeiros e técnicos que impactam diretamente a capacidade de resposta às demandas da população. A judicialização da saúde é um reflexo das limitações encontradas pelos municípios, que necessitam do apoio das esferas estadual e federal para garantir a provisão adequada dos serviços de saúde (Machado, 2014, p. 102).

Estabelece como dever do município planejar a aquisição de insumos de forma eficaz, para isso, é imperativo o desenvolvimento de estratégias e gestão

eficiente dos recursos, evitando desperdício e zelando pela utilização responsável dos recursos, em especial na área da saúde. Conforme previsto na Constituição Federal:

Art. 70 - A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (Brasil, 1988).

Ainda com base nos princípios de legalidade, legitimidade e economicidade denotados por esse artigo, é exigido que os municípios administrem os recursos de saúde de maneira competente. Para isso, o controle interno é indispensável para que os gastos em saúde sejam realizados de maneira transparente e com o objetivo único de beneficiar a população.

Antônio Sérgio Quadros afirma que o princípio da subsidiariedade:

[...] vem levar a cabo uma repartição de atribuições entre a comunidade maior e a comunidade menor, em termos tais que o principal elemento componente do seu conceito consiste na descentralização, na comunidade menor, ou nas comunidades menores, das fundações da comunidade maior [...], sendo que a comunidade que ocupa o mais alto grau nessa pirâmide é o Estado (1995, p. 17).

O princípio da subsidiariedade assegura a necessidade de que os entes federativos superiores, como os estados e a União, forneçam suporte técnico e financeiro aos municípios, permitindo que estes cumpram suas obrigações de maneira eficaz.

Para Thais Novaes Cavalcanti:

O princípio da subsidiariedade pode ser compreendido como um princípio transversal relacionado a vários temas: formas de Estado e sua organização, atuação dos Poderes, formulação das políticas públicas, eficácia da atividade da Administração Pública, autonomia política dos indivíduos e da sociedade civil, liberdade de atuação perante o Estado. É um princípio ético da vida social e política, que orienta os entes estatais a atuarem pela valorização da pessoa e sua dignidade (2012, p. 29).

Contudo, o descontrole financeiro e de verbas destinado a área da saúde, pode assumir outro destino, logo, a judicialização da saúde reflete a incapacidade dos sistemas locais em atender as demandas sociais por motivos de ilegalidade.

Portanto, é clara e inquestionável a obrigação do município em ofertar os serviços de saúde para a população. Com base nos princípios de legalidade, legitimidade e economicidade, essa responsabilidade deve ser respaldada, garantindo o uso dos recursos de maneira eficiente e cristalina. Além disso, para superar os desafios da judicialização da saúde, deve-se garantir o acesso ao sistema de saúde, bem como zelar pela cooperação entre as esferas governamentais.

3.2 Participação dos Estados

O estado possui como responsabilidade ser intermediário entre os municípios e a União, atuando como facilitadores e coordenadores das políticas de saúde. Conforme a Lei nº 8.080/90, no artigo 17, as funções do estado abrangem desde a descentralização até o apoio aos municípios.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saúde do trabalhador (Brasil, 1990).

A atenção secundária engloba serviços especializados em ambulatórios e hospitais, com ênfase em diagnósticos e tratamentos de complexidade intermediária. Normalmente são serviços geridos por municípios com uma contribuição frequente dos estados. Conforme Portaria nº 2.993/2011 (Política Nacional de Atenção à Saúde):

Art. 1º: Define a Atenção Secundária à Saúde como "nível de atenção à saúde que oferece serviços especializados em ambulatórios e hospitais de pequeno e médio porte, com ênfase no diagnóstico e

tratamento de doenças e condições de saúde de complexidade intermediária" (Brasil, 2011).

A atuação desse órgão abrange a prestação direta de serviços, isso inclui hospitais públicos, postos de saúde, programas de atendimento, financiamento de serviços privados, voltados para integração do sistema público de saúde e ampliação da cobertura de atendimento, e por último regulação do mercado de saúde, que visa garantir critérios necessários de segurança, eficácia e acessibilidade. Possui como objetivo intrínseco garantir a universalidade e qualidade dos serviços oferecidos à população.

A descentralização, um dos principais norteadores para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde, é considerada como uma ferramenta importante na governabilidade, respondendo a distribuição de recursos e propriedades, melhora a capacidade financeira e funcional dos municípios para a prestação de serviços de maneira eficiente.

Para Jaime Bech:

[...] Distribuir competências públicas entre diversas entidades administrativas com âmbitos próprios de atribuições, territoriais e funcionais, e com diversos graus de autonomia de gestão. A estrutura da administração se transforma numa rede de entidades semiautônomas, concebidas para proporcionar satisfação a determinadas necessidades sociais. Estas organizações têm uma relação com o poder que se caracteriza por vínculo e coordenação, e não por dependência nem hierarquia. [...] A descentralização territorial é típica dos serviços de saúde (2002, p. 59).

Dessa maneira, a relação das organizações passa a ser caracterizada por vínculo e coordenação, ao invés de dependência e hierarquia. Sua importância para os serviços de saúde permite uma gestão adaptada as realidades locais, conseqüentemente contribuindo para prestação satisfatória destes serviços. Sendo assim, as políticas de saúde podem ser implementadas de forma responsiva às necessidades particulares de cada região.

As principais regulações enfatizam a sustentabilidade financeira do sistema, além de focar na implementação de métodos eficientes para gestão de serviços de saúde, bem como profissionais qualificados para prestação de cuidados.

Ademais, reflete interesses e objetivos das políticas públicas, orientadas para equidade no acesso aos serviços de saúde.

Pondera Jairnilson Silva Paim que:

A sustentabilidade financeira é crucial para a manutenção de um sistema de saúde que seja tanto eficiente quanto equitativo. Políticas públicas orientadas para a equidade garantem que todos os cidadãos tenham acesso aos cuidados necessários, independentemente de sua condição socioeconômica (2013, p. 45).

Os estados brasileiros desempenham um papel fundamental no suporte aos municípios para garantir uma boa oferta de serviços públicos de saúde. Tal responsabilidade é prevista pela Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. No entanto, há alguns desafios enfrentados que se compõe por heterogeneidade socioeconômica e geográfica entre os municípios.

Os estados desempenham um papel vital no suporte aos municípios, especialmente em um país com grandes disparidades socioeconômicas e geográficas como o Brasil. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem essa responsabilidade, mas a execução enfrenta desafios devido às diferenças regionais e à necessidade de uma gestão eficiente dos recursos (Arretche, 2004, p. 67).

Outro desafio importante é a gestão eficiente de recursos destinados à saúde e a garantia que sejam aplicados de forma transparente e equitativa, possuindo como prioridade as áreas com pendências urgentes. A falta de planejamento e investimento adequado pode comprometer a abrangência da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos municípios.

Diante, esses desafios, é fundamental que os estados cumpram sua obrigação de apoiar os municípios e fortaleça a estruturas administrativas e financeiras, incluindo a promoção de parcerias com organizações da sociedade civil e instituição de pesquisa para que os cuidados a saúde sejam ampliados. Outrossim investir na capacitação e expansão dos profissionais e gestores de saúde.

Assim, corrobora para validar o que é posposto pela Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado e, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Em suma, os estados brasileiros têm a obrigação de se preparar adequadamente para fornecer apoio na prestação de serviços de saúde, superar os desafios com o planejamento estratégico, investindo de modo adequado e com abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes níveis de governo.

3.3 Atuação da União

A União desempenha o papel importante no financiamento e coordenação do SUS no Brasil. A atuação em conjunto da União, dos estados e dos municípios é essencial para garantir o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde, preservando a aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2020)

Entre as principais responsabilidades, destacam-se a garantia de recursos financeiros adequados por meio do orçamento federal e de transferência para estados e municípios, estabelecer normas diretrizes e políticas nacionais de saúde que guiem os outros entes federativos, bem como coordenar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em âmbito nacional.

Art. 16. À direção nacional do SUS compete:

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional (Brasil, 1990).

A Lei 8.142, complementar a Lei Orgânica da Saúde, estabelece a base para implementar a comunidade ativa e a transferência de recursos financeiros no SUS. Em conformidade com essa lei, a União necessita garantir a fluidez de recursos para os fundos de saúde dos estados e municípios, promovendo a cobertura de ações e serviços de saúde, (Brasil, 1990).

Ademais, estabelece ainda a importância da participação da comunidade na gestão do SUS, através de conselhos e conferências de saúde. O papel da União

nesse quesito permeia em apoiar a organização e funcionamento desses espaços sociais de interação e participação, o que visa a contribuição da população na formulação, monitorização e avaliação das políticas de saúde (Brasil, 1990).

O papel da União na prestação de serviços de saúde no Brasil é multifacetado e complexo, a regulação é uma atividade complexa devido fatores tecnológicos, jurídicos, éticos e econômicos, refletindo a variedade de interesses, pode ainda ser influenciada pelo mercado, tecnocrática, profissional e política. Logo, é permeado por negociações contínuas entre essas diferentes lógicas, refletindo nas tensões e desafios inerentes ao sistema de saúde.

A regulação do sistema de saúde é permanentemente a consequência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: a do mercado, a tecnocrática, a profissional e a política. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores — a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado — cujas interações e trocas [...] delimitam e estruturam o sistema de saúde. (Contandriopoulos, 1996, p.54).

Enfrentar a judicialização da saúde é um desafio significativo, uma vez que envolve as demandas judiciais do acesso de procedimentos de saúde e medicamentos. Esse processo pode sobrecarregar o judiciário e desorganizar a gestão de serviços de saúde, o que compromete o equilíbrio econômico do SUS.

A judicialização da saúde no Brasil representa um desafio significativo, uma vez que envolve as demandas judiciais por acesso a procedimentos de saúde e medicamentos. Esse processo pode sobrecarregar o judiciário e desorganizar a gestão de serviços de saúde, comprometendo o equilíbrio econômico do SUS" (Pinheiro, 2015, p. 123).

Para lidar com essa problemática, é necessário que seja fortalecido a oferta de serviços de saúde, promoção de tecnologia em saúde e priorização pelo acesso aos cuidados de saúde de maneira equitativa, preservando pela responsabilidade da gestão dos recursos públicos com destino à saúde.

Para enfrentar a judicialização da saúde, é necessário fortalecer a oferta de serviços de saúde, promover a tecnologia em saúde e priorizar o acesso equitativo aos cuidados de saúde, garantindo a responsabilidade na gestão dos recursos públicos destinados à saúde" (Silva, 2017, Online).

A atenção terciária no sistema de saúde, representa alto nível de complexidade de serviços, envolvendo atendimento especializado e procedimentos de alto custo (Brasil, 2010). Nesse cenário, abrange tratamentos e intervenções médicas que necessitam de recursos avançados e especiais, como medicamentos restritos, terapias oncológicas, transplantes de órgãos, por exemplo.

Esses serviços são atribuídos a esfera Federal, uma vez que possui melhores condições financeira para custear e coordenar tais tratamentos de alta complexidade, além de ter a infraestrutura diferenciada que não pode ser ofertada a nível de estados. Com essa divisão de atenção à saúde, os pacientes podem receber o cuidado adequado e necessário em casos de doenças e/ou lesões de alto grau.

Com base nas dimensões assistenciais e tecnológicas, englobando a organização da saúde e acesso aos cuidados juntamente com os recursos tecnológicos, Merhy, Cecílio e Nogueira (1991) discorrem sobre a importância da junção desses aspectos para a configuração e bom funcionamento dos sistemas de saúde.

Entendendo, deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando numa dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecno assistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. (Merhy; Cecílio; Nogueira, 1991, pág. 84).

Da União é exigida uma atuação coordenada e colaborativa entre os entes federativos, com o objetivo de enfrentar desafios e garantir o funcionamento pleno do SUS. Em meio a complexidade das competências de cada ente, a igualdade, integralidade e amplo acesso aos serviços de saúde deve ser chefiada por esse nível governamental.

CONCLUSÃO

Após a minuciosa exploração dos três capítulos desta monografia, torna-se evidente a complexidade e a relevância do direito à saúde, bem como dos procedimentos administrativos e da distribuição de competências entre os entes federativos para garantir esse direito fundamental.

O direito à saúde, reconhecido como um dos pilares dos direitos humanos, tem uma evolução marcada ao longo do tempo, refletindo-se em normas internacionais e na Constituição Federal de 1988. No entanto, apesar dos avanços normativos, persistem desafios consideráveis, desde questões orçamentárias até obstáculos estruturais e socioeconômicos, que afetam a efetivação desse direito fundamental.

O procedimento administrativo de requerimento emerge como um instrumento vital na interação entre cidadãos e o Estado, buscando garantir a cidadania e a eficácia na garantia de direitos. Entretanto, enfrenta desafios como a burocracia excessiva e a demora nas respostas, comprometendo sua efetividade.

A distribuição de competências entre os entes federativos, conforme estabelecido na Constituição Federal, define a responsabilidade de cada esfera de governo na garantia do direito à saúde. Destaca-se a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) como um mecanismo essencial para prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

No entanto, a implementação do SUS enfrenta desafios significativos, como a judicialização da saúde, resultante das desigualdades e deficiências na gestão de recursos e direitos individuais. Diante desse cenário, uma abordagem integrada entre

os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário é fundamental para superar esses desafios e garantir a efetivação do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

Portanto, é essencial fortalecer políticas públicas que promovam a equidade e o acesso universal aos serviços de saúde, visando uma sociedade mais justa e equitativa. Este estudo contribui para uma compreensão mais profunda dessas questões e para o desenvolvimento de soluções que busquem a plena realização do direito à saúde no Brasil.

REFERÊNCIA

ASENSI, Felipe. **Responsabilidade solidária dos entes da federação e "efeitos colaterais" no direito à saúde**. Revista de Direito Sanitário, v. 16, n. 3, p. 145-156, 2015.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e Estratégias de Cooperação**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 19, n. 54, 2004, p. 67

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARRETO, M. L.; ALMEIDA, M. F. S. **Os custos com procedimentos e medicamentos de alto custo na judicialização da saúde: um desafio à sustentabilidade do sistema**. Revista de Direito Sanitário, v. 21, n. 1, p. 145-162, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/XBXQ8BBkvYpSTGZ9XDdnMj/>. Acesso em: 02 de novembro, 2023.

BARROSO, Luis R. **A nova interpretação Constitucional: ponderação, Direitos Fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 78.

BECH, J. Território e organização de atenção à saúde. In: MISOCZKY, M.C.A.; BECH, J. (orgs.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, 2002. cap. VI, p. 59-66.

BONAVIDES, Paulo. **Direito Constitucional. 28ª ed.** Malheiros Editores, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da Saúde no Brasil: Panorama e Desafios**. Brasília, DF: CNJ, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/judicializacao-da-saude>. Acesso em: 05 mai. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre os serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/#:~:text=Em%2019%2F9%2F1990%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/#:~:text=Em%2019%2F9%2F1990%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). 15 de outubro, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename>. Acesso em: 02 de nov, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM**. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. 02 de nov, 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde**. RE 855178. Disponível em:

https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true&origem=A P&classeNumeroIncidente=RE%20855178. Acesso em: 02 de nov, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação do Programa Farmácia Popular. **Formalizar solicitações diversas - Requerimento Administrativo à Coordenação do Programa Farmácia Popular**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/formalizar-solicitacoes-diversas-requerimento-administrativo-a-coordenacao-do-programa-farmacia-popular>. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.993, de 28 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-13-de-13-de-janeiro-de-2023-457959944>. Acesso em: 02 de nov, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 10 de mar, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 10 de mar, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Ações Integradas de Saúde do Homem (PNAISH)**. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-dohomem#:~:text=O%20objetivo%20da%20PNAISH%20%C3%A9,de%20risco%20e%20vulnerabilidades%20associados>. Acesso em: 10 de mar, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>. Acesso em: 10 de mar, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PNAISA)**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente>. Acesso em: 10 de mar, 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**, 2010. 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: 24 mai. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10631436/artigo-70-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 22 mai. 2024.

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.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Diretrizes Brasileiras de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. 2ª ed. rev. e ampliada.** Barueri, SP: Manole, 2017. <https://www.sbp.com.br/documentos/consensos-e-diretrizes/>. Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF - Políticas Públicas - Intervenção Judicial - "Reserva do Possível"**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2023. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=5264763baseAcordaos>. Acesso em: 21 mai. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Entrevista com o Professor. Saúde em Debate,** 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QqBgZnzWy9gLRgvLdgLR9Gc/>. Acesso em: 15 out. 2023.

CARNEIRO NETO, Francisco Jorge Daher. **A Invisibilidade do Homem perante a Saúde Pública no Município de Sooretama.** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7988/1/Francisco%20Jorge%20Daher%20Carneiro%20Neto.pdf>. Acesso em: 10 de março, 2024.

CAVALCANTI, Thais Novaes. **O princípio da subsidiariedade: evolução do conceito. In: Direitos Fundamentais e o princípio da subsidiariedade.** Osasco: Edifio, 2012. cap. 1, p. 29-56. Disponível em: <https://revistaft.com.br/principio-da-subsidiariedade-um-principio-implicito-na-constituicao-federal-de-1988/>.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.. (1996), **"Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável"**. Saúde em Debate, Londrina, n.49/50, p.53-64.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Futuro do Estado.** São Paulo: Saraiva, 1995.

DANTAS, Patrícia Virgínia Padilha et al. **Direito à saúde, orçamento público e responsabilidade dos entes federativos à luz do STF. 2023.**

DELGADO, António Pedro. **UM OLHAR SOBRE A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE EM CABO VERDE, DE ALMA-ATA, 1978, A ASTANA,** 2018. P. 64.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro. 29ª ed.** Editora Saraiva, 2013. p. 1014.

DOS SANTOS, Benevenuto Silva et al. **Competencias Estaduais e Municipais Sobre Fornecimento de Saúde Pública e Medicamentos**. Cadernos UniFOA, v. 4, n. 7, p. 39-46, 2008.

DRESCH, Renato Luís. **Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, p. 25-57, 2014.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Princípio da Reserva do Possível**. 2020. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/508/edicao-1/reserva-do-possivel>. Acesso em: 02 de novembro, 2023.

KRELL, Andrea Joachim. **Direitos Sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des) caminhos de um direito constitucional comparado**. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 2002.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Judicialização da Saúde no Brasil: Entre a Equidade e a Eficiência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 173.

MARRARA, Thiago. **Direito Administrativo: Transformações e Tendências**. 1ª Edição. São Paulo: Almedina, 2014.

MATSUSHITA, Thiago Lopes. Reserva do possível. In: BONAVIDES, Paulo (Org.). **Curso de Direito Constitucional**. 39ª ed. Malheiros Editores, 2022. p. 1167.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 36. Ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira. **A judicialização da saúde: dilemas e perspectivas**. 5ª ed. Editora Juruá, 2018. p. 204.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de Saúde**. Revista Saúde em Debate, 33, 83-9, 1991.

MONTEIRO, Fernanda Marin Ferraz. **As "escolhas trágicas" do Estado e a concretização dos direitos sociais no Brasil: uma análise à luz da decisão na STA 175**. Revista Brasileira de Direito Constitucional, Belo Horizonte, v. 26, n. 101, p. 449-474, jan.-mar. 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MORAES, Germana de Oliveira. **Controle jurisdicional da administração pública**. São Paulo: Dialética, 1999.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: âmbito jurídico**. 2013. Disponível em:

<https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/O%20direito%20à%20saúde%20na%20Constituição%20Federal%20de%201988%20-%20Constitucional%20-%20Âmbito%20Jurídico.pdf>. Acesso em: 12, outubro, 2023.

NETO, Diogo de Figueiredo Moreira. **O direito administrativo do século XXI: um instrumento de realização da democracia substantiva.** *A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, v. 11, n. 45, p. 13-38, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 23 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 08, outubro, 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistemas de Saúde no Brasil: Organização e Financiamento.** São Paulo: Hucitec, 2013.

PICON, Paulo Dornelles; BELTRAME, Alberto (Org.). **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais.** Porto Alegre: Gráfica Pallotti, 2002.

PINHEIRO, R. **"Judicialização da Saúde no Brasil: desafios e perspectivas."** *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 2, p. 123-131, 2015.

PINTO, Alexandre Guimarães Gavião. **Os Princípios mais relevantes do Direito Administrativos.** *Revista da EMERJ*, v. 11, n. 42, p. 130-141, 2008.

ROCHA, C. R. **O Estudo Do Princípio Da Subsidiariedade E A Importância Do Poder Local Para O Desenvolvimento Do Sistema Único De Saúde-SUS.** Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 2016.

SANTOS, Lenir Maria; GARBIN, Débora. **Judicialização da Saúde e Conflitos de Competência no Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais.** 7. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Direitos fundamentais sociais.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2018, p. 453

Saúde da criança na atenção primária do estado de São Paulo: a repercussão dos diferentes arranjos organizacionais na qualidade dos serviços. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/26353/23538>. Acesso em: 10 de março, 2024.

SILVA, M. **"Fortalecimento da oferta de serviços de saúde e a promoção de tecnologia em saúde."** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. e00012317, 2017.

SILVA, Victor; COSTA, Ana. **Perspectivas sobre a Judicialização da Saúde no Brasil sob o Enfoque do Direito e Economia.** 2020. Disponível em:

<https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2020/04/13/perspectivas-sobre-judicializacao-da-saude-no-brasil-sob-o-enfoque-direito-e-economia/>. 02 de novembro, 2023.

SILVA, A. C.; SANTOS, M. N. dos. **A judicialização da saúde e suas implicações na gestão dos serviços públicos de saúde: um estudo de caso do município de X.** *Revista Brasileira de Direito Público*, v. 32, n. 106, p. 189-212, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wMrQzjzYts8wnBfmdPNhwNK/>. Acesso em: 02 de novembro, 2023.

SOUZA, Carlos Frederico de Menezes. **Direito constitucional: teoria e prática.** 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

SOUZA, Daniele. **O direito fundamental à saúde como condição para a dignidade humana.** 2018. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAde-condi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em: 08, outubro, 2023.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Programa de Medicamentos Excepcionais: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SPINA, Guilherme Malaguti; MAGAJEWSKI, Fabio Luparelli. **Requerimento administrativo prévio e judicialização da saúde pública: uma análise do requisito e de suas exceções.** *Revista de Direito Sanitário*, v. 21, p. e0016-e0016, 2021. P. 04

SUNSTEIN, Cass R.; HOLMES, Stephen. **O Custo dos Direitos.** 1999.

STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica e Possibilidades Críticas do Direito: Ensaio sobre a Cegueira Positivista.** *Revista Brasileira Estudos Políticos*, v. 97, p. 33, 2008.

WANG, Daniel Wei Liang. **Judicialização da Saúde: O Papel dos Tribunais e o Direito à Saúde no Brasil.** São Paulo: Editora Saraiva, 2013.