

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS I

JOSÉ FERNANDO VIDAL DE SOUZA

RIVA SOBRADO DE FREITAS

LUCAS GONÇALVES DA SILVA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direitos e garantias fundamentais I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: José Fernando Vidal De Souza; Lucas Gonçalves da Silva; Riva Sobrado De Freitas – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-317-7

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos. 3. Garantias. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS I

Apresentação

O III Encontro Virtual do CONPEDI sob o tema “Saúde: segurança humana para democracia”, promoveu a terceira edição dentro das inovações criadas pela diretoria, para realização por meio digitais com a divisão dos já tradicionais Anais do Evento com seus Grupos de Trabalho.

No presente GT encontram-se as pesquisas desenvolvidas em vários Programas de Mestrado e Doutorado do Brasil, com artigos selecionados por meio de avaliação por pares, objetivando a melhor qualidade e a imparcialidade na divulgação do conhecimento e formação do estado da arte na área dos Direitos e Garantias Fundamentais.

Valorosas contribuições teóricas e relevantes inserções na realidade brasileira emanam da reflexão trazida pelos professores, mestres, doutores e acadêmicos de todo o Brasil. Os artigos mostram um pouco da temática, “Saúde: segurança humana para democracia”.

Temas sensíveis, foram apresentados, por meio de 21 artigos, que compõem os presentes anais, resultado de pesquisas e abordagens relevantes ao conhecimento científico, saber:

O primeiro artigo intitulado "(Re)leitura do teorema de colisões: uma análise da ponderação entre direitos fundamentais no contexto de grave crise sanitária", de Ana Nathalia Gomes do Nascimento Pinheiro de Sousa trata da aplicação da ponderação no âmbito dos direitos e garantias fundamentais, referentes à liberdade religiosa, de um lado; e direito social à saúde, de outro, com uma releitura do Teorema de Colisões, considerando o atual contexto de surto endêmico, tudo para explicar a aplicação do princípio da proporcionalidade mitigada.

Em seguida, Bruna Piffer Bernardoni , Giovana Benedita Jaber Rossini Ramos e Galdino Luiz Ramos Junior apresentam o artigo "A interferência da globalização no princípio da dignidade da pessoa humana", no qual abordam o fenômeno da globalização no princípio da dignidade da pessoa humana, no contexto político-social, em especial as consequências da pandemia da COVID-19 e das doenças neuronais.

Depois, Maxwel Mota De Andrade, apresenta "A (in)efetividade dos direitos fundamentais nas sociedades contemporâneas e o papel afirmativo do estado brasileiro", examinando a efetividade dos direitos fundamentais positivados na Constituição de um país e a crise de efetividade de tais direitos fundamentais.

O quarto artigo, intitulado "A colisão de direitos fundamentais na pandemia e o processo estrutural", Marcília Ferreira da Cunha e Castro e Rodrigo de Castro Alves analisam se o processo estrutural é instrumento relevante para julgamento de casos em que há tal colisão dos direitos fundamentais, em especial durante a pandemia atual.

Na sequência Flavia Piva Almeida Leite e Maria Cristina Teixeira apresentam o artigo "A educação para a cidadania e os objetivos para o desenvolvimento sustentável", no qual examinam a educação para a cidadania em sua relação com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), aspectos da vida social indissociáveis, fundamentais para o desenvolvimento da sociedade contemporânea, conforme as disposições da Constituição e Tratados e Convenções Internacionais que abordam estes assuntos.

O sexto artigo de Juliana Kryssia Lopes Maia, Natalia Oliveira de Abreu e Milena Zampieri Sellmann, nominado "A garantia fundamental do direito à moradia nas favelas brasileiras em época de pandemia" aborda o conceito de moradia digna e adequada como direito fundamental, previsto na Constituição Federal Brasileira, diante das mazelas causadas pela Pandemia do coronavírus.

"Fosfoetanolamina, a cura do câncer? Pfizer, Astrazenica, Janssen e covid-19 entre o direito a vida e o direito de tentar" de Márcio José Alves De Sousa examina o medo da morte e a proteção do direito à saúde e o direito à vida, diante da fiscalização da Anvisa.

Na sequência, Yuri Nathan da Costa Lannes, Tais Ramos e Phelipe Marcelo Berretta Iaderoza em "Home Care e planos de saúde privados: a efetividade das decisões procedentes no estado de São Paulo" se dedicam a analisar o tratamento home care, verificando quais são os fundamentos para o seu deferimento e quais medidas devem ser tomadas para o cumprimento de referidas decisões.

No nono artigo, "O acesso à justiça e a tutela coletiva para efetivação dos direitos fundamentais dos idosos", Luana Pedrosa De Figueiredo Cruz e Alexandre Junio de Oliveira Machado analisam a necessidade de garantia dos direitos fundamentais dos idosos, através do acesso à justiça e da tutela coletiva.

Na sequência, Rubia Carla Goedert e Ana Luiza Baniski, em "O direito à saúde e os aspectos da judicialização da saúde antes e durante a pandemia do coronavírus" estudam a competência, a distribuição orçamentária do direito à saúde e a sua efetividade diante do cenário da pandemia do coronavírus.

Ato contínuo, José Sebastião de Oliveira e Anara Rebeca Ciscoto Yoshioka, apresentam o artigo "O encarceramento feminino no Brasil e o impacto da pandemia do covid-19 nos direitos reprodutivos e da personalidade da detenta brasileira", no qual estudam os direitos da mulher detenta grávida, lactante e mãe de crianças de até 12 anos, diante dos dispositivos existentes nas legislações nacionais e internacionais, bem como o impacto da pandemia do COVID-19 nos direitos reprodutivos dessas mulheres.

Logo depois, Carlos Rafael da Silva, no artigo "O Estado e os benefícios sociais" apresenta uma análise dos direitos fundamentais, da previdência social, da saúde e da assistência social, como mecanismo de contribuição distributiva e solidária de proteção à pessoa humana.

No décimo terceiro artigo, Renata Botelho Dutra, apresenta "O PAILI e as medidas de segurança: humanização da loucura como exercício para a democracia" cujo objeto principal é a pesquisa do louco infrator, seu comportamento, o envolvimento familiar no tratamento e a participação da sociedade no seu processo de reconhecimento e reinserção enquanto sujeitos de direito do Estado democrático.

Em "Pandemia a disruptividade do século XXI", Katia Daltro Costa Knoblauch e Fernanda Daltro Costa Knoblauch examinam a pandemia do Coronavírus, de maneira multidisciplinarmente, bem como seus efeitos colaterais ocasionados por políticas neoliberais até então adotadas e o contexto da "erosão das fronteiras", que permite melhor compreensão das possibilidades e limites de proteção no âmbito da saúde.

Depois, Bianca Bonadiman Abrão e Carolina Penteado Gerace Bouix, no artigo "Pandemia da covid-19 no estado democrático de direito: breve análise do direito à vida e a saúde versus o direito a liberdade de locomoção frente às restrições governamentais" refletem sobre as restrições impostas pela Administração Pública em suas esferas no combate à pandemia da Covid-19 sob a égide do (des)respeito ao Estado Democrático de Direito e a relação paradoxal da preservação do direito à liberdade de locomoção versus os direitos a vida e à saúde.

Na sequência, Wendelaine Cristina Correia de Andrade Oliveira e Maria Andreia Lemos apresentam o artigo "Política nacional de Educação na perspectiva inclusiva: análise da

decisão de suspensão de eficácia do decreto federal n.º 10.502/2020" e examinam aspectos da Política Nacional de Educação Especial e do Estatuto da Pessoa com Deficiência, diante do mencionado decreto, bem como os fundamentos jurídicos da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 6.590.

O décimo sétimo artigo "Preceitos essenciais do ordenamento jurídico brasileiro na sociedade da informação" de Emerson Penha Malheiro estuda as noções de Direitos Fundamentais e os conceitos que tornem exequível a sua análise no ordenamento jurídico brasileiro na sociedade da informação, por meio análise dos princípios elementares e da inserção de normas protetivas no sistema jurídico nacional, avaliando sua validade e aceitação internas.

Depois, Mário Luiz Silva com o artigo "Princípio da igualdade em sua acepção material como fundamento do estado de bem estar social" examina a busca de justiça a todos os indivíduos e a figura do Estado abstencionista que permite a criação de abissais desigualdades sociais e o Estado de Bem Estar Social, como forma de mitigar as desigualdades criadas pelo Estado Liberal.

Outrossim, Murilo Tanaka Munhoz apresenta a "Relação entre discurso de ódio, fake news e a dignidade humana em tempos atuais", um estudo sobre o discurso de ódio e as fake news, contrastando com os direitos fundamentais.

Em "Tributo: a função social e o desenvolvimento como liberdade", Daisy Rafaela da Silva e Natalia Oliveira de Abreu tratam da função social do tributo e sua importância para que se busque a redução da desigualdade social, a partir do pensamento do economista Amartya Sen.

Por fim, Luana Pedrosa de Figueiredo Cruz e Gustavo Henrique Maia Garcia apresentam o artigo "Tutela coletiva da saúde: reserva do possível e a escassez de recursos na pandemia de covid-19", no qual analisam a concretização do direito fundamental à saúde em um quadro pandêmico grave, com escassez de recursos financeiros, insumos médicos e de recursos humanos, ao lado do dever estatal de coordenar planos contingenciais do Sistema Único de Saúde.

Assim como foi seguramente um momento ímpar a Coordenação do GT, organizando a apresentação dos trabalhos, acreditamos que tem valor científico positivo, ao leitor ou leitora, a experiência de aprofundar o pensamento daqueles que souberam cativar o solitário momento da leitura e da meditação, para colocar à prova as várias teses defendidas naqueles dias do CONPEDI VIRTUAL de 2021.

Divulgar a produção científica colaborativa socializa o conhecimento e oferece à sociedade nacional e internacional o estado da arte do pensamento jurídico contemporâneo aferido nos vários centros de excelência que contribuíram no desenvolvimento pessoal e profissional dos autores e autoras do presente GT.

Por fim, nossos agradecimentos ao CONPEDI pela honra a que fomos laureados ao coordenar o GT e agora, pela redação da presente apresentação, que possui a marca indelével do esmero, da dedicação e o enfrentamento a todas as dificuldades que demandam uma publicação de qualidade como a presente.

Desejamos uma boa leitura aos estimados leitores.

Organizadores:

Prof. Dr. José Fernando Vidal de Souza – Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Prof. Dra. Riva Sobrado de Freitas-Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)

**O DIREITO À SAÚDE E OS ASPECTOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
ANTES E DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS**

**THE RIGHT TO HEALTH AND THE ASPECTS OF HEALTH JUDICIALIZATION
BEFORE AND DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC**

**Rubia Carla Goedert
Ana Luiza Baniski**

Resumo

A criação de regras constitucionais que determinam competência e distribuição orçamentária do direito à saúde impacta em sua efetividade. Em decorrência disso são observados números altos de demandas de saúde instauradas no poder judiciário. O cenário piora quando a pandemia do coronavírus gera necessidade de cuidados terapêuticos intensivos. A escassez de recursos é desproporcional à necessidade atual dos titulares do direito à saúde. No entanto a garantia constitucional do direito de ação atua como justificativa para buscar o judiciário, o que conflita com a impossibilidade de fornecimento total desse direito aos seus titulares simultaneamente, como tem ocorrido.

Palavras-chave: Saúde, Recursos, Escassez, Judicialização, Coronavírus

Abstract/Resumen/Résumé

The creation of constitutional rules that determine budgetary competence and distribution of the right to health impacts on its effectiveness. Consequently there are high numbers of health demands made in the judiciary. The scenario worsens when the coronavirus pandemic generates the need for intensive therapeutic care. The scarcity of resources is disproportionate to the current need for holders of the right to health. However, the constitutional guarantee of the right to action operates as a justification for seeking the judiciary, which conflicts with the impossibility of fully providing this right to its holders simultaneously, as has been the case.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health, Resources, Scarcity, Judicialization, Coronavirus

1 INTRODUÇÃO

A concretização do Direito à Saúde no Brasil se deu em forma de positivação na Constituição Federal de 1988. Não obstante, o caráter programático do Direito à Saúde, ainda que produza seus efeitos de imediato, dispõe de um vasto compilado de normas infraconstitucionais para a sua efetivação. A existência de um sistema público de saúde criado após a promulgação da Carta Magna tornou real o acesso da população brasileira à saúde de forma integral, universal e gratuita, além criação de muitas normas regulamentadoras da destinação do orçamento para a efetivação do direito à saúde

Levando-se em conta a finitude e a escassez de recursos é utópico que esse direito seja exercido por todos os seus titulares de forma simultânea. Justamente por conta da insuficiência de mecanismos financeiros é que foram criadas inúmeras limitações ao uso da verba, por meio de legislações e normatizações que determinam e direcionam seu uso. Conhecer essas normas se torna necessário e fundamental para a compreensão do funcionamento da saúde pública no Brasil. Considerando que a efetivação desse direito está, sobretudo, ligada à existência e à disponibilidade de orçamento, não é surpreendente que haja falhas em seu fornecimento por conta da falta de condições financeiras para tal.

Diante da garantia Constitucional do direito à saúde e das falhas em sua consubstanciação, nasce para os seus titulares a pretensão de acionar a justiça para ver assegurado esse direito.

Nesse viés, o Poder Judiciário precisou definir parâmetros para a concessão do direito à saúde ao requerente da tutela jurisdicional. O resultado disso tem revelado estatísticas preocupantes. Os números têm mostrado que o crescimento das demandas judiciais, além de ônus ao erário, superlota o sistema judicial. Em razão desse contexto os Tribunais Superiores têm sido cada vez mais instigados a se posicionarem, padronizando entendimentos a fim de manter a segurança jurídica quanto à prevalência de princípios indispensáveis à apreciação jurisdicional: igualdade, justiça, legalidade e equidade.

Não obstante, a descoberta de uma doença que acometeu o mundo todo no início de 2020 tem refletido a incessável busca ao Poder Judiciário por pacientes que em decorrência do coronavírus têm necessidade de cuidados em leitos de UTI. Por conta de ser a demanda mais evidente nos tempos atuais, faz-se necessário sua abordagem. Assim, pincelar as ações pretendidas para a contenção do vírus e para universalizar, dentro do possível, o acesso dos pacientes contaminados, à saúde, atua como o intuito dessa pesquisa.

2 DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL : COMPETÊNCIA, FINANCIAMENTO

O fato de a saúde ser indispensável à perpetuação da espécie humana faz com que seus estudos sejam recorrentes. Na Constituição Brasileira, por exemplo, o Direito à Saúde foi inserido somente em 1988. Classificado como fundamental social, foi inserido no rol do art. 6º é disciplinado pelos artigos 196 a 200 do mesmo livro. Além disso, o livro Constitucional se preocupou em elencar a forma e as peculiaridades existentes no direito sanitário, cujo dever foi distribuído entre os entes federativos, principalmente no que tange à competência para efetivá-lo (SCLIAR, 2007, p. 29).

Em se tratando das funções atribuídas aos entes federativos referente ao direito à saúde, têm sua repartição trazida pela Constituição Federal, no art. 23, que aponta que “constitui competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde (inciso II), competindo aos mesmos entes legislar concorrentemente sobre a defesa da saúde (art. 24, inciso XII)” (BRASIL, 1988).

O art. 196 do mesmo livro aponta que é função do Estado promover a “redução do risco de doenças e de outros agravos” e “acesso universal e igualitário às ações e serviços”. Entretanto as amplitudes do acesso à saúde não são ilimitadas (SOUZA, 2002, p. 39). A efetivação desse direito acontece conforme atuação estatal ao implantar políticas que promovam seu acesso aos seus titulares. Não obstante, o art. 197 confirma esse aspecto peculiar do direito à saúde, vez que é necessário que haja regulamentação legal para as políticas sanitárias propostas pelo Estado (CARVALHO, 2003, p.17).

A fim de garantir esse direito, a criação do sistema único de saúde, em 1990, é a representação concreta do órgão que, literalmente, faz acontecer a existência do acesso à saúde a quem quer que dele necessite (SAÚDE, 2017). A lei n. 8.080/1990, lei do SUS, traz, junto à carta Constitucional, as atribuições de cada ente da federação. A abrangência do SUS, de modo genérico, compreende desde a assistência primária – como a consulta médica – até aos procedimentos mais complexos – como transplantes de órgãos (CARVALHO, 2003, p. 18).

Para Hely Lopes Meirelles:

“o SUS é concebido como um sistema, ou seja, como um conjunto, cujas partes encontram-se coordenadas entre si, funcionando segundo uma estrutura organizada, submetida a princípios e diretrizes fixados legalmente. Sendo um sistema, as partes

que o compõem integram uma rede regionalizada e hierarquizada, sob o comando da União, a quem cabe definir as regras gerais sobre a matéria” (2003, p. 38).

Com isso é possível inferir que um dos maiores feitos da história do direito à saúde no Brasil, senão o maior, foi a implantação de um sistema capaz de suprir as necessidades dos brasileiros, com medidas profiláticas e curativas das patologias que os acometem: o sistema único de saúde – SUS.

Quanto à competência para a exequibilidade do direito à saúde, entendia-se, até então, que se restringiam ao trazido pelas normas constitucionais e infraconstitucionais. No entanto, o tema 793 do STF veio para provar que não era pacificado o entendimento quanto à responsabilidade para a materialização desse direito. A competência material, ou seja, a prática do direito à saúde, foi refutada quando reconhecida a existência de repercussão geral no julgamento de Embargos Aclaratórios do RE 855178, uma vez que tratava de responsabilidade dos entes federativos em se tratando de saúde. O tema 793, em repercussão geral, nesse sentido, firmou sua tese com a seguinte redação:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Processualmente, têm legitimidade para compor litisconsórcio passivo todos os entes federativos quando o titular busca a tutela jurisdicional para a efetivação de seu direito à saúde. Todavia, é o Poder Judiciário o responsável por indicar qual ente deve, de acordo com o estabelecido pelo SUS, concretizá-lo, e quando for o caso, determinar ressarcimento entre os entes no caso da prestação realizada por conta de omissão do ente ao qual era originária a responsabilidade.

Para Ana Carolina Morozowski (2019), juíza federal substituta da 3ª Vara Federal de Curitiba e especializada em saúde “o Supremo Tribunal Federal tentou corrigir os efeitos adversos da solidariedade, sem, contudo, afastá-la”.

O Ministro Edson Fachin se pronunciou, concluindo a votação. Se o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não compuser o polo passivo da relação jurídico-processual, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento (MOROZOWSKI, 2019).

Com isso, é possível identificar que em relação à competência para a concessão do direito à saúde, a atuação judicial ao direcionar o obrigado a fornecê-lo é a garantia do titular de que o terá efetivamente. Essas discussões ultrapassam o texto Constitucional, e por essa razão os Tribunais Superiores têm constantemente a necessidade de tomar posicionamento para que a dúvida quanto ao ente federativo competente a tal não seja óbice para o acesso à saúde (PIVETTA, 2013, p.89).

Entrelaçando as normas de repartição de competências e o entendimento do tema 793, o art. 198 da Constituição Federal vigente aponta haver a necessidade de instituição de lei complementar que viabilize a harmonização e a cooperação entre os entes federativos. Dispõe ainda que “que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com a diretriz de descentralização” (TEIXEIRA, 2016, P. 23).

É importante colocar em pauta a competência material do direito à saúde relacionando-a aos recursos financeiros disponíveis e à desigualdade quanto à sua distribuição. Para isso faz-se mister fazer alguns apontamentos referentes ao financiamento da saúde pública brasileira.

Inevitavelmente a saúde, para ser efetivada, precisa da interferência estatal em se tratando de financiamento, considerando ser do Estado a obrigação de fornecê-lo. A extensão do direito à saúde estabelece estreita relação com a quantidade de recurso financiado proveniente do Estado. No entanto, fazer uma única análise mencionando as legislações que regulam o financiamento da saúde soa dispensável. Doutra perspectiva é imprescindível que se conheçam as leis para que da melhor forma se compreenda sua aplicação, mas em se tratando de financiamento é necessário compreender o funcionamento da saúde, as políticas públicas criadas para sua efetivação, e sobretudo compreender a origem dos recursos a ela destinados.

O entendimento do orçamento destinado à saúde é crucial, vez que é a partir dele que se molda a gestão destinada ao seu investimento. Especificamente, o financiamento da saúde se dá por meio de transferências de recursos entre os entes da Federação. Para se ter uma visão geral acerca do financiamento da saúde no Brasil é necessário mencionar sem aprofundar as principais normas concernentes a essa matéria, sendo essas as responsáveis por regulamentar especificamente o financiamento da saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988, a saber, é o primeiro livro normativo que dispõe a esse respeito (SARLET, FIGUEIREDO, 2008, p. 202).

Instituído pela lei orgânica n. 8.080/1990, o SUS, além de dispor sobre obre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes, positivou o modo de financiamento. O art. 31 inicia os dispositivos que disciplinam sobre os recursos utilizados, cujas disposições trazem que a Seguridade Social, considerando a receita estimada, direcionará ao SUS recursos para suprir sua finalidade, por meio da participação de órgãos da Previdência e Assistência Sociais, levando em conta metas estabelecidas em diretrizes orçamentárias (BRASIL, 1990). De modo a complementar a referida lei orgânica, logo em seguida houve a implementação da lei 8.142/1990, cujo teor versa sobre a participação social em matéria de financiamento sanitário (BRASIL, 1990).

Cronologicamente, visando a estabelecer o percentual mínimo de cada ente federado a ser destinado em ações e serviços públicos de saúde, foi proposta a Emenda Constitucional n. 29/2000. A fim de regulamentar a referida EC, foi publicada a portaria n. 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Em 2011 foi publicado o decreto 7.508, cujo trata da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.

Posteriormente, em 2012, foi promulgada a lei complementar 141/2012, que é considerada uma das mais importantes em se tratando dessa pauta, uma vez que é a que destrincha os percentuais de cada um dos entes federativos. A União tem a obrigação de o recurso financeiro aplicado no exercício anterior, com o acréscimo de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB do exercício anterior ao da LOA. No caso do ano de 2019 o Brasil teve o crescimento de 1,1%, de acordo com o IBGE. Já os estados têm como dever a aplicação de 12% de sua receita líquida em saúde, sendo o ente que menos participa do financiamento sanitário no Brasil, e por fim, cabendo aos municípios a obrigação de aplicar ao menos 15% de sua receita líquida em ações e serviços de saúde. Em síntese, regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.

A Emenda Constitucional instituída em 2015, n. 86 fez alterações constitucionais com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária. Nas palavras do economista Francisco Funcia, estabeleceu que a “aplicação máxima corresponde à aplicação mínima legal” (MOROZOWSKI, 2019).

Em relação aos estados e municípios, não há piso, pertencendo à lei complementar 141/2012 o estabelecimento desse limite.

A fim de melhorar a distribuição dos recursos, a Desvinculação de receitas da União (DRU) atua facultando à União a utilização de 30% da receita vinda de contribuições sociais de forma livre, ou diferente da prevista. Sucessivamente prorrogada, a última DRU tem vigência datada até 31/12/2023, o que também corresponde a uma das fontes de custeio do SUS (SENADO, 2015).

A Emenda Constitucional nº 103 de 2019, que alterou o sistema de previdência social, incluiu o parágrafo 4º no ADCT prevendo a desvinculação de receitas da União, no entanto retirou a desvinculação em relação às contribuições sociais, a fim de manter a verba destinada ao financiamento da saúde (MOROZOWSKI, 2019, p. 248). De modo genérico essas são as principais normativas que ordenam o financiamento da saúde pública no Brasil. Como posto anteriormente, esse tópico não se restringe a tão somente mencionar leis e citar sua ementa, mas visa nortear e definir uma sequência lógica para uma melhor compreensão das questões orçamentárias sanitárias.

Em síntese a distribuição de recursos segue critérios objetivos, ou seja, a igualdade formal na distribuição é notadamente observada. Como as regiões do Brasil são discrepantes em relação ao perfil sanitário, nem sempre a igualitária divisão de verba reflete em maneira igualitária de se financiar a saúde. Constantemente têm sido criadas novas legislações e maneiras de se repartirem os recursos para os investimentos sanitários. A principal função desses critérios de financiamento se deve à priorização do que a Constituição Federal traz como mínimo para a efetividade do direito à saúde (MARLMESNTEIN, MOROZOWSKI, 2020).

No entanto, o projeto de lei de diretrizes orçamentárias para 2021 não prevê a manutenção desse montante. Alvo de polêmica, houve a propositura de duas ações de inconstitucionalidade – ADI 5715 e 5734 – em face da EC 95/2016, uma vez que retrocede os valores previstos para a saúde, as quais ainda aguardam julgamento. Com o gráfico abaixo é possível compreender a queda dos investimentos em saúde, que aponta em milhões de reais o retrocesso (MARLMESNTEIN, MOROZOWSKI, 2020).

Dessa forma é fundamental que esse fator orçamentário seja considerado quando da distribuição de atribuições aos entes federativos detentores do dever de materializar ao cidadão

o direito à saúde cuja titularidade lhe pertence. Notadamente a complexidade da distribuição orçamentária e escassez de recursos acaba sendo fator que influencia as falhas na efetividade do direito à saúde.

3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Mesmo que, notadamente, o sistema público de saúde brasileiro seja muitíssimo complexo, organizado e estruturado, está sujeito à falibilidade, principalmente por contar com recursos limitados para a sua efetivação e com pessoas que o administrem. Nesse momento em que, por qualquer razão, o Estado deixe de fornecer o direito à saúde Constitucionalmente garantido, surge ao titular lesado o direito de acionar o Estado-juiz por não ter podido dele gozar. A esse fenômeno se intitula “judicialização da saúde”.

A judicialização da saúde tem sido alvo de estudos e discussões quanto a esse objeto. Analisar os motivos que levam a judicializar a saúde, bem como suas consequências, pode servir de parâmetros para a compreensão dessa constante no Poder Judiciário Brasileiro.

Conceitualmente, para Schulze (2019, p.54), judicialização da saúde resume-se em “situações fáticas geradoras de conflitos na área da saúde e que são levadas para apreciação e resolução do Poder Judiciário” Sob o ponto de vista de Morozowski (2020), esse fenômeno vem crescendo de maneira exponencial, de modo que diariamente desafia o Estado-juiz a harmonizar as legislações relacionadas à saúde, além de decidir acerca da relação de consumo existente na saúde suplementar.

Se analisadas as razões pelas quais se leva ao crivo judicial questões envolvendo a saúde, podem-se elencar a falha no sistema de saúde, que é complexo, o que dificulta, de certa forma, seu funcionamento. A gestão pública brasileira tem passado por problemas que interferem na produtividade e eficiência do sistema. Com isso, as reiteradas falhas resultam na busca pelo Poder Judiciário. Um exemplo disso é o atraso de fornecimento de medicamentos, ou quando a licitação para a aquisição resta deserta. A má gestão administrativa também contribui para isso. A burocracia demasiada corrobora para essa situação. Outro exemplo é a incorporação de tecnologias ao sistema de saúde, que cumprem pressupostos objetivos e que exigem estudos profundos e peculiares antes de sua aprovação ao sistema; esses pormenores concretizam a falha no sistema de saúde (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apurou em 2019 que entre 2008 e 2017 a judicialização da saúde cresceu 130%. O INSPER, em parceria com o CNJ traçou estatísticas apontando que nesse mesmo período as demandas judiciais, em geral, cresceram 50%. Esse estudo trouxe que o setor sanitário correspondeu a 498.715 processos de primeira instância distribuídos em 17 tribunais de justiça estaduais, e 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais de justiça estaduais – estes números, necessariamente, trazem reflexo ao negativo erário. O Ministério da Saúde trouxe que, em 2016, o valor de R\$ 1,6 bilhão correspondeu a 13 vezes o valor em relação aos sete anos anteriores. Além disso, a pesquisa mencionou que os medicamentos lideraram os requerimentos, correspondendo a 69,1% das demandas, seguidos de órteses, próteses e meios auxiliares com 63% das buscas, e em quarto lugar, com 46,7% encontravam-se as buscas por leitos (FRANCO, 2019).

Ressalte-se que durante os anos de pesquisa não havia nenhuma doença acometendo o sistema sanitário mundial, tampouco brasileiro, como é o cenário da atualidade.

3.1 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou que a existência de uma pandemia exigiria do mundo a adoção de medidas extremas. No dia 20 do mesmo mês houve, no Brasil, a publicação do decreto 6/2020, cujo vigor previsto para 31 de dezembro de 2020 se estendeu para o primeiro semestre de 2021, em que foi reconhecido em todo o território nacional o estado de calamidade pública em virtude do coronavírus. Doença que compromete, sobretudo, o sistema respiratório, a COVID-19 é infecciosa e foi identificada pela primeira vez em habitantes da cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Alves e Rodrigues, 2020, nesse sentido:

A Covid-19 apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. Cerca de 80% dos infectados se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar, contudo uma em cada seis pessoas infectadas fica gravemente doente e desenvolve dificuldade respiratória⁸, o que pode gerar a necessidade de suporte avançado de cuidados, incluindo leitos de unidade de terapia intensiva (UTI).

O fato de muitas pessoas contraírem o vírus simultaneamente colapsou o sistema sanitário brasileiro. A FIOCRUZ emitiu em 2 de março de 2021 uma nota técnica extraordinária apontando que, das 27 unidades federativas, 19 encontram-se com mais de 90% da capacidade de leitos de UTI (unidade de terapia intensiva) preenchida, correspondendo a um cenário jamais antes vivido no Brasil.

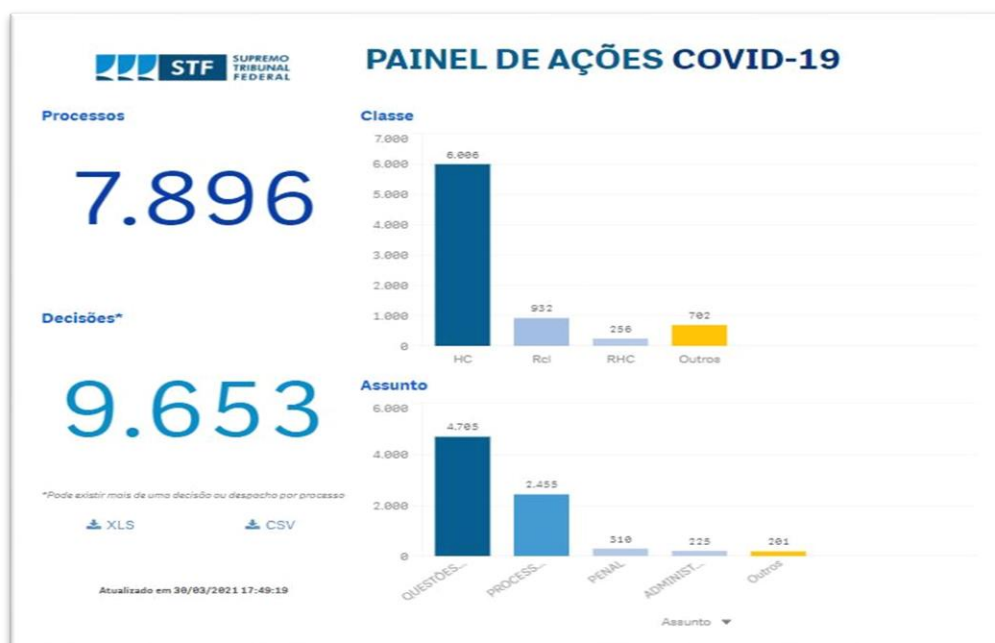
A OMS entende que se houver 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes o ideal se concretiza. No entanto, é preciso considerar que há desigualdade evidente em relação à

distribuição desses leitos pelo Brasil. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira apontou em 2020 que a maioria dos leitos destinados a cuidados terapêuticos intensivos existentes no Brasil pertencem à rede privada de saúde. Não bastasse, a distribuição no território brasileiro também é desigual. A região sudeste, por exemplo, em números apurados em janeiro de 2020, contava com 2,7 leitos para cada 10 mi, habitantes, enquanto que a região norte apresentava três vezes menos leitos, contando com 0,9 para a mesma população (ALVES, RODRIGUES, 2020).

A grande questão é que a escassez de leitos de UTI não se deve exclusivamente à existência da pandemia. O fato é que as demais doenças que exigem cuidados hospitalares não deixaram de existir. Com isso alavancou-se a necessidade de serem estudadas formas de reorganizar a distribuição e o compartilhamento dos leitos.

A fim de tornarem palpáveis os dados referentes aos processos que tramitam em instância superior, o Supremo Tribunal Federal (STF, 2021) criou um painel de ações da COVID-19, traz numericamente a judicialização da saúde. Veja-se abaixo o painel consultado na data de 30 de março de 2021, às 17h54min.

Frise-se que os dados a seguir abrangem de maneira genérica, sem adentrar ao mérito, as demandas cujas proposituras se deram desde o início da pandemia até o momento, sem contar as que versam sobre direito Constitucional e que simultaneamente tramitam na corte Superior. Os números são assustadores. O poder judiciário tem atuado como esperança de continuidade da vida a quem a ele aciona.



Fonte: https://transparencia.stf.jus.br/extensions/app_processo_covid19/index.html

Mesmo que haja diversas outras temáticas dentro da própria abordagem da pandemia do coronavírus que provocaram o crivo judicial (reivindicação de medidas restritivas à liberdade, ao fechamento de comércio, escolas, obrigatoriedade da vacinação), a que merece destaque e a que será aqui abordada é a procura por leitos de UTI (CRUZ, 2020), principalmente por revelar ser a principal necessidade brasileira atualmente.

A utilização de leitos provenientes da saúde suplementar para suprirem a escassez na rede pública pareceu, de acordo com o CNJ, a princípio, a medida mais eficiente e menos onerosa a ser tomada. O Senado aprovou, inclusive, o projeto 2.324/2020, em maio de 2020, a autorização de cessão compulsória de leitos privados para o SUS. A Constituição Federal prevê a requisição administrativa, trazida pelo art. 5º, XXV, como uma alternativa à autoridade competente em casos de iminente perigo público, usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário a indenização posterior, se houver dano.

O objetivo de se proceder à requisição administrativa é o de “preservar a sociedade contra situações de perigo público iminente”. Só será ilegal se a requisição administrativa ocorrer em tempos em que não se possa configurar a ocorrência de perigo público iminente. Inclusive a lei federal n. 13.979/2020 traz em seu art. 3º, VII essa possibilidade, justamente para sanar a discrepância até então existente em relação à distribuição de leitos terapêuticos (TSUBOUCHI, 2020, p. 59).

Ainda em relação à requisição administrativa como medida de contenção à veracidade dos estragos provenientes da pandemia, Tadahiro Tsubouchi (2020), dissertou:

Como visto, diante da situação caracterizada de calamidade pública ou de epidemias, faculta-se ao Poder Público lançar mão da intervenção, *in casu*, da Requisição Administrativa Sanitária, visando ao resguardo do interesse público. Destaque-se que a legislação da saúde é uma das poucas a dispor de forma taxativa e explícita sob a possibilidade da requisição, por força do dispositivo retrotranscrito. Portanto, com base no princípio da legalidade que baliza os atos do Poder Público, isento de dúvida que existe norma explícita sobre a possibilidade de se decretar a requisição administrativa com finalidade sanitária.

Deve-se aqui destacar que essa possibilidade já existe há 30 anos, com a Lei Orgânica da Saúde, não tendo, portanto, nascido com a entrada em vigor da lei n. 13.979/2020. Muitos são os esforços e os estudos para que se criem mecanismos que exterminem esse vírus. Todavia, os resultados não têm sido proporcionais às tentativas.

Diariamente os noticiários relatam a insuficiência de leitos de UTI em todo o país. No entanto, como anteriormente apurado, a falta desse recurso não se restringe à era pandêmica, mas se intensificou com a existência dela. Maria Célia Delduque, em 2018, relatou que, em pesquisa realizada em todos os estados brasileiros, a busca por esses leitos correspondia a uma das principais buscas no judiciário. Esse dado é significativamente relevante, vez que se considerada a pesquisa realizada pelo CNJ em parceria com o INSPER, há relevante mudança. Em 2017 a busca por leitos ocupava o quarto lugar o ranking, liderado pela demanda por medicamentos.

Em decorrência disso, dilemas entre demandas individuais e coletivas se tornaram rotineiros. Profissionais da saúde e magistrados têm consigo a difícil tarefa de harmonizar critérios clínicos e jurídicos a fim de elegerem o paciente apto a receber cuidados hospitalares em um leito de UTI, entre muitos na mesma condição.

Alves e Rodrigues (2020), a esse respeito, ministram:

se, por um lado, a judicialização da saúde representa um avanço no processo de construção da cidadania e participação cívica por meio da afirmação e direitos, por outro lado acarreta impactos na gestão dos sistemas de saúde, especialmente no que concerne à organização dos serviços e recursos voltados a atender a coletividade.

Com isso é possível inferir que a superlotação do poder judiciário é um problema que aumentou durante a pandemia. A alma do estado democrático de direito é fielmente representada quando o titular de um direito se sente lesado e utiliza do direito de ação para reaver o prejuízo causado. No entanto, a tenuidade da linha com a excessiva judicialização da saúde é um fato. Ainda que não caiba ao Estado se eximir de apreciar o pedido levado ao seu crivo, é necessário observar que a inexecutabilidade dos mandados judiciais torna ineficaz a propositura de ação. Essa inexecutabilidade ultrapassa o simples descumprimento da demanda. Por uma questão lógica, não se vê possibilidade de ser criado imediatamente um leito de UTI por tão somente existir uma tutela que deferiu ao requerente o direito de ocupá-lo.

Alexandre Marinho (2020) propõe uma questão ainda mais complexa quando há demanda por leitos de terapia intensiva: a possibilidade de existir fila única. Para ele

a proposta de fila única de leitos de UTI consiste em centralizar, na gestão pública, a regulação de todos os leitos de UTI do país, sejam eles públicos ou privados, independentemente de a clientela ter ou não planos e seguros de saúde, ou ainda da capacidade de pagamento no momento da internação

A ideia é que a fila única para pacientes que estejam contaminados com o coronavírus siga o mesmo molde da fila de transplantes de órgãos. Ou seja, independente de ser conveniado a um plano de saúde, o paciente, se obedecidos a critérios clínicos e a ordem de gravidade,

poderá receber o cuidado hospitalar intensivo (ALVES, RODRIGUES, p. 110, 2020). Em razão disso foram propostos projetos de lei, com destaque para o projeto n. 2176/2020, em que o autor, deputado Orlando Silva justificou a criação como medida preventiva à insuficiência de leitos, considerando que 70% da população brasileira não é beneficiária de plano de saúde, cabendo ao SUS o dever de garantir seu acesso à saúde, e que apenas 44% dos leitos de UTI pertencem à rede pública. Além disso, o projeto prevê a responsabilidade de coordenar e fiscalizar a utilização dos leitos de maneira conveniente, que cabe ao poder executivo de todas as três unidades federativas.

A unificação de requisitos para a concessão de leitos de UTI pareceu atuar como uma solução que pretende e que é potencialmente apta ao combate à desigualdade. A proposta surgiu do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde da Universidade de São Paulo (GEPS/USP) e pelo Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GPDES/UFRJ). Marinho (2020) entende que, mesmo que essa abordagem pareça inusitada no Brasil, países como Irlanda e Reino Unido compactuam dessa política. A ideia é haver cooperação e compartilhamento de insumos a fim de, estrategicamente, buscar igualdade e obedecer a critérios que desvinculem a condição financeira do paciente dos requisitos de aptidão à ocupação do leito.

No início de 2021 o sistema deu seus primeiros indícios de que estava à beira do colapso: a transferência de pacientes de um estado federativo para outro em busca de leitos de terapia intensiva era a representação da perspectiva brasileira (CASTRO, 2021). O Estado do Amazonas foi destaque nessa situação, vez que chegou a transferir mais de 400 amazonenses para diversas capitais brasileiras. Ainda que a maioria tenha sido curada e recebido alta, é esse o cenário, completamente escasso de leitos. Mesmo com um sistema com a abrangência, competência e qualidade fornecidas pelo SUS, não há como se imaginar qual seria a conjuntura brasileira sem sua existência (RODRIGUES, 2021).

Como trazido, a pandemia do coronavírus tem acionado emergencialmente administração pública e poder judiciário para que ajam a fim de combater a doença. No entanto, de modo geral, o sistema não dá conta da alta demanda. Por esse motivo é iminente a necessidade de serem discutidas em cada um dos poderes medidas que erradiquem a pandemia, bem como que sejam criadas estruturas aptas ao enfrentamento de um novo colapso, sem, portanto, aguardar a sua chegada.

Gebran Neto e Schulze (2019) salientam que essa perspectiva pandêmica desperta a necessidade de medidas abrangendo flexibilização de emendas constitucionais (a exemplo da EC 95), visando à liberação de mais recursos financeiros destinados ao enfrentamento do vírus, priorização dos cuidados despendidos aos profissionais de saúde, além de destinar:

atenção redobrada do sistema de justiça, para evitar a intervenção judicial de medidas inadequadas – não se recomenda, salvo situações excepcionais e justificadas, invadir a atuação dos profissionais de saúde, dos reguladores de leitos de UTI e dos gestores de saúde.

Nesse sentido, seu entendimento é de que seja criterioso o deferimento de qualquer pedido que invada a esfera sanitária, por exemplo, no que tange à regulação dos leitos de UTI, com ressalvas. Além disso, ressalta que o poder judiciário precisa “superar a jurisprudência sentimental em relação ao direito à saúde”, vez que “é incompatível com a melhor interpretação da Constituição e das Ciências da Saúde” (SCHULZE, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disso é possível extrair que a situação caótica instaurada no país devido à pandemia da COVID-19, bem como a existência do direito à saúde e do direito de ação, não podem justificar, por si, a busca desenfreada ao poder judiciário, violando, para isso, normas sugeridas pelos que conhecem tecnicamente os protocolos sanitários existentes e com eficácia comprovada na supressão dessa patologia. Em síntese, o direito à saúde é escancarado na Constituição Federal de 1988. Além disso, o SUS foi criado para que atuasse como mecanismo de efetivação desse direito, bem como foram mencionadas na carta-magna também as obrigações de cada ente federativo a esse respeito. Esse apanhado desde a inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, bem como a criação do SUS e a competência dos entes federativos para a efetivação desse direito são fundamentais para que se compreenda a existência do fenômeno da judicialização da saúde. Sabe-se que para isso é necessário observar as limitações orçamentárias, trazidas por meio das legislações existentes. Por conta disso o sistema não consegue suprir simultaneamente as necessidades de todos os seus titulares, que é o momento em que a pretensão de se clamar o judiciário para fornecê-lo. (ALVES, RODRIGUES, 2020).

Em decorrência do coronavírus as demandas aumentaram significativamente, o que não necessariamente implica em garantia do direito ao pleiteante. Existem muitas restrições de competência e de orçamento, além das logísticas hospitalares que diariamente se veem

despreparadas para comportar e prestar atendimento a todos os que precisam. Se é o poder judiciário o responsável por fazer valer o direito positivado, não há porque não acioná-lo. Frise-se que a pandemia do coronavírus intensificou o acesso ao poder judiciário em busca de manifestações, inclusive do Supremo Tribunal Federal, acerca dessa temática, como anteriormente mencionado (ALVES, RODRIGUES, 2020).

Não se pode, todavia, olvidar da proximidade entre a necessidade de se buscar o estado-juiz e os excessos cometidos ao buscá-lo. Judicializar a saúde ainda é necessário para suprir as falhas que ensejam em seu não cumprimento. Os reflexos negativos da judicialização é que devem ser combatidos. A tentativa de concretização do direito a qualquer custo não deve ser arriscada numa ação judicial. Todavia, a instabilidade econômico-sanitária no Brasil atua como razão para tornar o direito de ação a “primeira” *ratio* para a consubstanciação do acesso à saúde, ainda mais em que a luta pela vida ora é discutida no deferimento de tutelas de urgência, ora é decidida entre profissionais da saúde que, além dos critérios clínicos, precisam opinar sobre qual paciente tem “mais direito” a lutar pela vida na difícil busca por um leito de UTI.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Mara Campos; RODRIGUES, Ana Paula Nogueira. **FILA ÚNICA PARA REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI: UMA ALTERNATIVA PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA.** *Revista de Direito Sanitário da Comissão da Saúde: Saúde e Ministério Público - Desafios e Perspectivas*, Brasília, v. 1, p. 101-117, 14 mar. 2021.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. **A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.** *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-31, jul. 2003.

CASTRO, Regina. **Covid-19: nota técnica aponta agravamento da pandemia.** 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-nota-tecnica-aponta-agravamento-da-pandemia>. Acesso em: 01 abr. 2021.

CNJ. **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos.** 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: Acesso em: 29 mar. 2021.

CRUZ, Fundação Oswaldo. **Normatização, judicialização e criminalização da saúde no contexto da pandemia.** Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49567>. Acesso em: 13. mar. 2021.

FRANCO, Sandra. **Crescimento da Judicialização na Saúde: qual a solução? 2019.** Disponível em: <https://grupomidia.com/hcm/crescimento-dajudicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>. Acesso em: 10. mar. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historicadasaudepublica#:~:text=A%20Hist%C3%B3ria%20da%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica,desenvolvidas%20sem%20significativa%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20institucional>. Acesso em: 10 mar. 2021.

INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: Acesso em: 12 mar. 2021.

MARINHO, Alexandre. **Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis (nota técnica nº 65).** Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: . Acesso em: 12. mar. 2021.

MARMELSTEIN, George; MOROZOWSKI, Ana Carolina. **Que vidas salvar? Critérios para alocação de leitos em situação de escassez.** 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jun-16/criterios-alocacao-leitos-situacao-escassez>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Sueli Gandolfi Dallari. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 1-2, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000100001>.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**, 28. ed., São Paulo: Malheiros, 2003, p. 38.

MOROZOWSKI, Ana Carolina. A imprescindibilidade da análise mínima do custoefetividade nas ações de saúde. **Revista da Escola da Magistratura do TRF da 4. Região**, Porto Alegre, v. 12, p. 245-254, out. 2019.

MOROZOWSKI, Ana Carolina. **Tema 793 do STF e responsabilidade dos entes federados no SUS. Afinal, o que deve repercutir?** 2020. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/depeso/332592/tema-793-do-stf-e-responsabilidade-dos-entes-federados-no-sus--afinal--o-que-deve-repercutir>. Acesso em: 12 mar. 2021

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. **Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil**. Rev. salud pública, Bogotá, v. 14, n. 2abr. 2012, p. 340- 349. Disponível em: . Acesso em: 12 mar. 2021.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídicoconstitucional, políticas públicas e controle judicial**. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

RODRIGUES, Alex. **Covid-19: Amazonas já transferiu 424 pacientes para outros estados: parte deles curou-se e está voltando para casa, diz o governo estadual**. Parte deles curou-se e está voltando para casa, diz o governo estadual. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/covid-19-amazonas-ja-transferiu-424-pacientes-para-outros-estados>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang, FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista da Defensoria Pública. São Paulo. V. 1. P. 179-234. Jul. 2008

SCHULZE, Clenio Jair. **NOVOS PARÂMETROS PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: CRITÉRIOS PARA A TEORIA DA DECISÃO JUDICIAL**. 2019. 226 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciência Jurídica, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2019.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003>.

SENADO, Agência. **DRU**. 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Acesso em: 10 mar. 2021

SOUZA, R. R. de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível in: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf, acesso em 25-03-2021, p. 39.

STF, Notícias. **“Falando em Justiça” estreia com discussão sobre a judicialização da saúde em tempos de pandemia**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=448318>. Acesso em: 30 mar. 2021.

TSUBOUCHI, Tadahiro. GOVERNANÇA DO SUS E REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA SANITÁRIA. **Revista de Direito Sanitário da Comissão da Saúde: Saúde e Ministério Público - Desafios e Perspectivas**, Brasília, v. 1, n. 7, p. 57-70, jul. 2020.