XXVII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI PORTO ALEGRE – RS

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS III

FLAVIA PIVA ALMEIDA LEITE

IRINEU FRANCISCO BARRETO JUNIOR

SÉBASTIEN KIWONGHI BIZAWU

Copyright © 2018 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal
Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho Unifor – Ceará
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta Fumec – Minas Gerais

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC – Minas Gerais

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

---

D597

Direitos e garantias fundamentais III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UNISINOS

Coordenadores: Flavia Piva Almeida Leite; Irineu Francisco Barreto Junior; Sébastien Kiwonghi Bizawu. – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-730-4
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Tecnologia, Comunicação e Inovação no Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Porto Alegre, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Porto Alegre – Rio Grande do Sul - Brasil
http://unisinos.br/novocampuspoa/

XXVII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI PORTO ALEGRE – RS

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS III

Apresentação

O XXVII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), na cidade de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, nos dias 14 a 16 de novembro, elegeu como tema "Tecnologia, Comunicação e Inovação no Direito", e propiciou a aproximação entre professores e pesquisadores de diversos Programas de Pós-Graduação em Direito, de todo o Brasil.

Com foco na concretização dos Direitos e Garantias Fundamentais, o Grupo de Trabalho 53 foi coordenado por Prof. Dr Sébastien Kiwonghi Bizawu, Profa. Dra. Flávia Piva Almeida Leite e Prof. Dr. Irineu Francisco Barreto Junior.

Os estudos apresentados no GT reiteram a centralidade dos direitos e garantias fundamentais na agenda jurídica contemporânea. Os mandamentos consagrados na Constituição Federal de 1988 e insculpidos nos pactos e acordos internacionais, dos quais o país é signatário, norteiam a abordagem temática dos artigos defendidos no congresso. As pesquisa perpassam temáticas clássicas que abordam desde o direito à morte digna, questões alusivas à cidadania e direitos políticos, politicas públicas focalizadas em idosos, crianças e adolescentes; acesso judicial à medicamentos, exames e tratamentos em saúde, assim como enfoques emergentes que miram a interface entre o fenômeno jurídico e as novas tecnologias de comunicação e informação.

Teóricos modernos e contemporâneos oferecerem o embasamento hermenêutico dos estudos apresentados, dentre os quais destacam-se Hanna Arendt, Robert Alexy e François Ost, entre outros de igual relevo e alcance analítico.

Cabe salientar que o GT se insere, dessa forma, na agenda contemporânea de discussões que envolve o Neoconstitucionalismo e a constitucionalização dos direitos. Essa mirada, simultaneamente, expande o escopo dos direitos fundamentais e provoca uma série de desafios à sociedade brasileira, especialmente de que forma oferecer respostas a essas novas demandas, em tempos de crise econômica e esgarçamento político e social.

Os coordenadores convidam os juristas a conhecerem o teor integral dos artigos, com a certeza de profícua leitura, e encerram essa apresentação agradecendo a possibilidade de dirigir os debates entre pesquisadores altamente qualificados.

Profa. Dra. Flávia Piva Almeida Leite. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.

Prof. Dr. Sébastien Kiwonghi Bizawu. Escola Superior Dom Helder Câmara.

Prof. Dr. Irineu Francisco Barreto Junior. Mestrado em Direito das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU-SP.

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

A JUDICIALIZAÇÃO COMO DESAFIO PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: DEBATES NECESSÁRIOS

JUDICIALIZATION AS A CHALLENGE FOR HEALTH PLANNING: DISCUSSIONS NEEDED

Janaína Reckziegel [1]
Simone Tatiana Da Silva [2]

Resumo

O objetivo do artigo é discutir a judicialização em saúde e seus desafios para o planejamento. A metodologia é qualitativa e as fontes de dados, bibliográfica e normativa. Os resultados apontam para o crescimento da judicialização, gerando demandas inesperadas ao gestor, prejudicando o planejamento e obrigando a realocação de recursos. No planejamento, deve-se levar em conta demandas coletivas e individuais, inclusive as judiciais. Também não se pode negar prestações à saúde meramente pela questão orçamentária. Conclui-se que o planejamento deve considerar aspectos individuais, coletivos e judiciais, além de ser desenvolvido com a participação da sociedade.

Palavras-chave: Judicialização da saúde, Planejamento em saúde, Direito à saúde, Gestão em saúde, Poder judiciário

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of the article is discuss the health judicialization and their challenges for the planning. The methodology is qualitative and the data sources, bibliographic and normative. The results the growth of the judicialization, generating unexpected demands on the manager, hampering planning and forcing the reallocation of resources. In the planning must take collective and individual demands into account, including judicial ones. Neither can it be denied health benefits merely because of the budget issue. It is concluded that the planning should consider individual, collective and judicial aspects, besides being developed with the participation of society.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health judicialization, Health planning, Right to health, Health management, Judiciary

---

[1] Pós-Doutoranda – UFSC. Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela UNESA – RJ. Mestre em Direito Público. Advogada, Professora e Pesquisadora do PPGD em Direito – UNOESC. E-mail: janaina.reck@gmail.com

[2] Enfermeira, Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela – UNOCHAPECÓ. Acadêmica do Curso de Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. E-mail: simonets12@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma discussão sobre o planejamento na área da saúde. Seu objetivo é discutir sobre o desafio que a Judicialização da Saúde impõe ao planejamento nessa área. A metodologia adotada é a qualitativa, tendo como fonte de dados a pesquisa bibliográfica e normativa.

Em um primeiro momento, discute-se a respeito do direito à saúde. Apresenta-se a reflexão sobre o conceito de saúde, entendendo que não se trata apenas da ausência de doenças, mas algo mais complexo, que envolve bem estar físico, mental e social. Dessa forma, a saúde envolve ações que dependem do individuo e outras que dependem da atuação estatal. O direito à saúde também se relaciona ao direito à vida, sendo previsto em diversos documentos internacionais, bem como na Constituição Brasileira. Na Constituição verifica-se este direito nos artigos 6º, além do artigo 196, que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado. Na sequência aborda-se o conceito de prestação negativa e positiva da saúde. A prestação negativa é o dever que o Estado e os indivíduos têm de não ocasionar danos à saúde de qualquer pessoa e a prestação positiva é o direito que o cidadão tem de exigir prestações materiais do Estado. É especialmente no campo das prestações positivas que se encontram as maiores dificuldades para a gestão, já que a Constituição não deixa claro o limite de prestações que podem ser oferecidas. Nesse sentido, o planejamento é considerado fundamental, pois a partir da sua execução podem-se pensar ações que atendam as demandas de saúde da população.

Na sequência discute-se a respeito do planejamento na área da saúde, entendendo que o mesmo é definido como um instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor alternativas para transformá-la, os meios para viabilizar que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas. Realiza-se um breve histórico do planejamento na área da saúde, apontando os principais métodos utilizados nesta área. Verifica-se que para a saúde o planejamento estratégico situacional tem grande importância e tem apresentado maior coerência com o sistema de saúde brasileiro. Aponta-se este método como uma forma de realizar o planejamento, mas levando em consideração todos os documentos legais previstos pela legislação, como o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Verifica-se que o planejamento tem importância fundamental, pois garante que as ações sejam executadas de forma organizada e com resultados mais positivos. O planejamento é uma forma de superar os desafios que chegam para o gestor da saúde, inclusive os relacionados à judicialização.

Após aborda-se a questão da Judicialização em Saúde, que se trata de um fenômeno em que questões que originariamente pertenceriam ao legislativo e ao executivo, são

discutidas pelo Poder Judiciário, modificando a forma como aquele tema é tratado. Percebe-se que nos últimos anos, tem aumentado o número de casos que chegam ao Judiciário. A motivação dos juízes na concessão dos pedidos, em geral relaciona-se ao entendimento de que o direito à saúde é essencial para o direito à vida e portanto negá-lo seria incorreto. No entanto, considerando que há limitação de recursos públicos, há autores que defendem a autocontenção no momento da decisão judicial.

Nesse sentido, discute-se de que maneira as decisões judiciais tem afetado o planejamento na área da saúde. Nota-se que estas decisões desorganizam o planejamento na área da saúde, já que muitas vezes definem a aplicação de recursos. No entanto, pondera-se isso, já que a gestão poderia prever tais situações, já que são de certa forma, recorrentes. Além disso, defende-se a ideia de que a gestão não é apenas responsável por prestações coletivas, mas deve estar atenta as demandas individuais dos sujeitos, pois estas também fazem parte do direito à saúde. Entende-se que apesar das limitações dos recursos, é a gestão que tem domínio sobre os mesmos, e então pode fazer escolhas que propiciem o efetivo exercício do direito à saúde, previsto na Constituição Federal. Conclui-se que o planejamento pode ser aperfeiçoado com a participação de setores da sociedade, universidades, Ministério Público e Poder Judiciário. Com o aperfeiçoamento deste planejamento, podem-se buscar soluções para as mais diversas questões que envolvem a gestão em saúde, inclusive a Judicialização.

2. BREVES REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o completo bem estar físico, mental e social. Dessa forma, entende-se que não se trata apenas da ausência de doenças, mas de um conjunto de circunstâncias pessoais, sociais e políticas que garantam que o sujeito adquira situação de bem estar. Nesse sentido, há ações que dependem do sujeito, mas há outras que dependem da prestação de serviços pelo Estado. Estes serviços relacionam-se a questão de moradia, lazer, emprego, além de adequada prestação de assistência à saúde, que ocorre através de ações de promoção, proteção e recuperação.

A saúde é essencial, pois se relaciona ao direito à vida e assegura direito à integridade física e corporal, sendo considerada por Sarlet (2006), como direito humano fundamentalíssimo. O autor explica sobre a importância do direito à saúde demonstrando que este é previsto em documentos e constituições internacionais. Aponta inicialmente o aparecimento deste direito na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que nos artigos 22 e 25 dispõe que a segurança social e um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar da pessoa humana são direitos humanos fundamentais. Além disso, cita o Pacto

Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1956, que em seu artigo 12 dispõe a respeito do direito de desfrutar o mais alto grau de saúde física e mental. Cita também a Convenção dos Direitos da Criança e a Convenção Americana dos Direitos Humanos, de 1989, em que há referência ao direito à saúde. Além desses documentos, o direito à saúde é reconhecido em diversas constituições como direito fundamental. É o caso das constituições da Argentina, Paraguai, Uruguai, Portugal, Espanha, Holanda, Itália, Grécia e França.

No Brasil, a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde é expressa por meio da Constituição Federal de 1988, especialmente no Capítulo II, no artigo 6º, onde entende-se que a saúde é um direito social. Na sequência verifica-se no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com destaque às 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).

Este direito, presente na Constituição não está posto apenas como mero enunciado sem força normativa, que depende da vontade política de alguns e de projetos que poderão ou não se concretizar, mas apresenta caráter de norma-principio (assim como aquelas que se referem aos demais direitos sociais), se constituindo em uma espécie de mandado de otimização, que impõe aos órgãos estatais a tarefa de reconhecerem e imprimirem às normas de direitos e garantias fundamentais a maior eficácia e efetividade possível (SARLET, 2006).

Na execução do direito de saúde, Sarlet (2006), entende que este pode ser de prestação negativa ou positiva. Como prestação negativa, a saúde é considerada direito de defesa, significando que a saúde, como bem jurídico fundamental está protegido de agressões de terceiros, ou seja, o Estado ou mesmo particulares tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas. Se qualquer ação tomada pelo Estado vier a causar prejuízo à saúde da população está é considerada inconstitucional e pode ser objeto de uma demanda judicial individual ou coletiva, devido controle de constitucionalidade. Ainda na dimensão defensiva há o principio da proibição de retrocesso, que pretende evitar que o legislador venha a revogar uma ou mais normas que concretizaram o direito a saúde, constitucionalmente consagrado. No âmbito da prestação positiva, o direito à saúde se relaciona a questão de prestações materiais. Este direito está relacionado à possibilidade de exigir-se do poder público, por exemplo, um tratamento médico determinado, um exame laboratorial, uma internação hospitalar, uma cirurgia, fornecimento de medicamento, ou seja, qualquer serviço ou benefício ligado à saúde, incluindo-se aqueles que surgem a partir de demandas judiciais.

É especialmente na dimensão positiva do direito à saúde que residem questões de resposta mais complexa, afinal de contas, qual o limite da prestação de serviços à saúde da população, ou melhor, existe limite? Se não há limite, quais os recursos serão utilizados para atender a todas as necessidades de saúde que surgirem? Como o Estado tem se planejado para atender as demandas do Judiciário em relação à saúde, sem prejudicar os demais atendimentos para o restante da população?

Nesse sentido, Sarlet (2006) pondera que a Constituição não define o que consiste o objeto do direito à saúde, limitando-se a uma referência genérica. Não infere expressamente se abrange todo e qualquer tipo de prestação à saúde humana ou encontra-se limitado às prestações básicas e vitais. Nesse sentido, o autor afirma que quem definirá o que é direito à saúde é o legislador das três esferas de gestão, de acordo com sua competência, cabendo ao Poder Judiciário, quando acionado interpretar as normas constitucionais e infraconstitucionais. No entanto, a problemática maior, de acordo com o autor, diz respeito a existência de autorização do Judiciário para atender demandas e conceder aos particulares o direito à saúde como prestação positiva do Estado, na medida que o Poder Público não tem logrado atender o compromisso básico com o direito à saúde.

Aqueles que defendem uma prestação mais básica do direito à saúde utilizam-se do argumento de que há limitada quantidade de recursos humanos e materiais e por esta razão a realização do direito à saúde relaciona-se a sua disponibilidade, estando à saúde submetida à reserva do possível. Também se argumenta que como se trata de recursos públicos, somente o legislador democraticamente legitimado possui competência para decidir sobre a afetação desses recursos, sendo este o princípio da reserva parlamentar em matéria orçamentária. No entanto, esses argumentos merecem certa relativização, considerando que a Constituição Brasileira, tem como princípios o direito à vida e a manutenção da integridade física, além de proibir a pena de morte. Nesse sentido seria inconstitucional condenar alguém a morte, apenas porque possui uma doença, cujo tratamento não é previsto pelo SUS (SARLET, 2006).

A partir das reflexões trazidas por Sarlet, percebe-se que existem desafios colocados diante do gestor do SUS: o mesmo deve planejar-se para ofertar ações básicas de saúde, mas também deve estar preparado para atender as demandas judiciais que surgirem, bem como, cuidar para que na execução do planejamento não venha a ferir o direito de defesa (direito negativo) da saúde. Dessa forma, entende-se que o planejamento é essencial para a ação do gestor, sendo este o momento definidor para produção de um sistema de saúde efetivo, que atenda as demandas negativas e prestacionais. Portanto, é necessário que se apresente uma discussão a respeito do planejamento na área da saúde, que será realizado na sequência.

3. DISCUTINDO SOBRE O PLANEJAMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

O planejamento pode ser definido como um instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor alternativas para transformá-la, os meios para viabilizar que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas. O planejamento está relacionado com a ação, "é um cálculo que precede e preside a ação" (MATUS apud PAIM, 2006, p. 770).

Historicamente o planejamento em nível internacional, se relacionou ao socialismo, já que em 1917, a Rússia elaborava seus Planos Quinquenais, que incluíam também os serviços de saúde. Por esta razão o planejamento foi por muito tempo associado ao comunismo, a falta de liberdade e a burocratização e dessa forma, os países capitalistas viam o planejamento como algo a ser contido. Porém essa visão alterou-se a partir da crise econômica de 1929, em que se percebeu que havia a necessidade de planejar as ações, como meio de recuperar-se da grave crise. Essas ações foram planejadas e executadas por meio da intervenção do Estado na economia e pelo recurso da planificação democrática (PAIM, 2006).

No âmbito social o planejamento surge na Inglaterra por meio do Plano Beveridge, em 1943, que foi referência para organização do Serviço Nacional de Saúde daquele país. Outro exemplo foi o Plano Marshall, executado para reconstrução da Europa após a 2ª Guerra Mundial. Na América Latina, em 1948, é criada a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), que tinha como objetivo contribuir no desenvolvimento econômico da região, coordenar ações encaminhadas à sua promoção, além de reforçar relações econômicas dos países participantes. No Brasil, o planejamento surge por meio do Plano Salte, que se tratava de um plano nacional que contemplava a saúde, alimentação, transporte e energia (PAIM, 2006).

Na saúde, inicia-se em 1960, na América Latina, o Método do Centro de Estudos de Desenvolvimento, com a Organização Panamericana da Saúde – o CENDES-OPS. Tal método assentava-se em cálculos de inspiração econômica que visavam potencializar a relação custo-benefício (MERHY, 1995). Buscava-se eficiência, com aumento da atividade e redução de custos, sendo um planejamento pautado na postura normativa. A principal crítica a este método era o fato de o planejador atuar como agente externo, adotando um sistema que não considerava outros atores no processo (LACERDA, et al, 2013). Apesar desta crítica alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos, pois são utilizados em programações de ações e serviços que têm como objetivo central a racionalização de recursos (TEIXEIRA, 2010).

Outro método de planejamento que foi utilizado na América Latina foi proposto pelo Centro Panamericano de Planejamento da Saúde (CPPS), por meio do documento intitulado "Formulación de Politicas de Salud", em 1975. Este método propunha que a formulação de políticas é um processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que pretende alcançar e os meios que utilizará. Este método sofreu criticas relacionadas a sua dificuldade operacional, especialmente no que dizia respeito aos indicadores de saúde utilizados para aferir condições de vida e pelo fato de expressarem somente a relação de consumo dos grupos populacionais, esquecendo-se da inserção destes na estrutura de produção e a correlação de acessibilidade aos serviços de saúde e condições de vida (TEIXEIRA, 2010).

Ainda na década de 1970, é criado um novo método de planejamento baseado na Teoria do Sistema Social de Parsons, que apresentava maior pertinência com a realidade e incorporava a temática de formulação das políticas (MERHY, 1995). Tratava-se do planejamento estratégico situacional, que tinha como objetivo superar os problemas inerentes a formulação normativa de planos. A diferença deste método é o fato de existiram vários diagnósticos da realidade, já que cada grupo social, conforme seus valores, interesses e posições que ocupam, possui o seu diagnóstico, a sua verdade. Dessa forma, o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis ou a estímulos prévios, mas caracteriza-se pela criação de alternativas, muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana (LACERDA et al, 2013).

No planejamento estratégico situacional existem quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo se identificam e explicam os problemas presentes em uma situação e se observam oportunidades para a ação, respondendo quais são os problemas e por que ocorrem. No momento normativo, definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que deve ser feito. No momento estratégico, estabelece-se o curso de ação para a superação de obstáculos, expressando o balanço entre o que deve ser feito e o que pode ser feito. O momento tático-operacional caracteriza-se pelo fazer, incluindo a avaliação como processo. Este modo sistematizado de planejar é reconhecido como enfoque estratégico situacional de Matus (1996) e articula-se com a trilogia matusiana: o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP) (PAIM, 2006).

O que se percebe é que de maneira geral, o planejamento normativo, que possui como pressuposto o fato de o gestor e a equipe gestora planejarem as ações, e os demais

envolvidos no processo de trabalho em saúde a executarem, não tem se mostrado eficaz. No âmbito do SUS, o gestor terá mais sucesso se conseguir mobilizar e envolver todos os sujeitos inseridos na cadeia de produção do cuidado em saúde, nesse sentido o planejamento estratégico situacional aparece como um método mais adequado para a gestão do sistema de saúde. Este método possui três conceitos: Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo. O projeto de governo apresenta os objetivos, as ações e intencionalidades dos atores; a governabilidade, é o resultado do balanço entre as variáveis que o ator controla e as que ele não controla, é, portanto, o domínio do ator (gestor) sobre a situação que ele maneja; e a capacidade de governo é o acúmulo de experiências, habilidades, técnicas, métodos e tecnologias disponíveis para a execução do plano (GIL, LUIZ e GIL, 2016, p. 31).

No entanto, o gestor ao executar o planejamento, além de estar atento as suas formas, deve levar em consideração a vasta legislação relacionada ao tema. Assim, verifica-se que o planejamento na área da saúde, está presente na Constituição Federal de 1988, especialmente no art. 198, que afirma ser o sistema de saúde no Brasil, uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como base as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Além disso, há a lei federal 8080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, ao tratar sobre planejamento, em seu art. 36, declara que este será realizado de forma ascendente, do nível local ao federal, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 2013).

Já o Pacto pela Gestão do SUS (Portaria nº 399/2006 e 699/2006), define as responsabilidades de cada gestor e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde. No que se refere ao planejamento e programação, determina que o município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades de saúde, com a constituição de ações para a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde, construindo nesse processo o Plano de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde (BRASIL, 2006). O Pacto pela Gestão determina que o planejamento deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas, representando o Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS) (BRASIL, 2006).

Este sistema de planejamento prevê o uso de instrumentos de gestão: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O Plano de Saúde é um instrumento básico que norteia as ações e serviços de saúde prestados. Apresenta as intenções e os resultados a serem buscados durante o período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2006, p. 31). Outro instrumento de planejamento é a Programação Anual de Saúde, contém a definição de ações de cada ano específico, com o objetivo de garantir o alcance das proposições do Plano de Saúde, o estabelecimento das metas anuais, a identificação dos indicadores, a definição dos recursos orçamentários. Já o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas. O relatório deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde (BRASIL, 2009).

Tais instrumentos apresentam grande importância no que se refere ao planejamento, pois é a partir da construção destes que se define quais serão as prioridades da gestão no que se relaciona ao tema saúde. Estes instrumentos precisam ser construídos com a participação da população, que ocorre por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, considerando que são os usuários do sistema de saúde que conhecem sua realidade e por isso podem apontar suas maiores necessidades de saúde. No entanto, há dificuldades para a contribuição efetiva da população, já que há temas, que não são de seu domínio, e por esta razão, há baixa contribuição desta, na elaboração dos instrumentos de gestão.

Em verdade, o planejamento na área da saúde tem papel vital na definição de ações, para que se atinjam os objetivos propostos. Sem a existência do planejamento as ações são executadas por inércia, os serviços funcionam de forma desarticulada, subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde. Dificilmente há ganhos de qualidade e os recursos são utilizados com menos eficiência (VIEIRA, 2009). Vieira (2009), ao analisar o planejamento no SUS alerta que apesar da importância e da melhoria nas ações de planejamento no país, há ainda muitos obstáculos que impedem que este seja único e integrado, como por exemplo a desarticulação entre as diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo. Dessa forma, a União, por meio do Ministério da Saúde define linhas estratégicas que não são defendidas por estados e municípios, gerando fragmentação de prioridades, desarticulação das intervenções e ineficiência na alocação de recursos. Esses problemas geram ineficiência no planejamento, e considerando que esta ação tem como

função, garantir que a previsão constitucional de garantia à saúde cumpra-se, é necessário que se pensem formas de aperfeiçoar o planejamento na área da saúde, para cumprimento da garantia constitucional.

O cumprimento da garantia constitucional de saúde, por meio do planejamento inclui pensar em ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, ações de atenção básica e de alta complexidade. Mas, além disso, deve-se levar em consideração, que quando há ausência do cumprimento do direito constitucional à saúde para determinados sujeitos, estes podem recorrer ao poder Judiciário, gerando novas demandas de serviços e prestações de saúde. Nesse caso, como a gestão organiza-se para suprir este direito? O planejamento é realizado considerando a possibilidade de interferência do Judiciário? Nesse sentido, acredita-se ser necessário apresentar um debate sobre a judicialização da saúde, que será realizado na sequência.

4. ASPECTOS DA JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PLANEJAMENTO: DEBATES NECESSÁRIOS

Define-se como judicialização, o processo pelo qual questões que originariamente pertencem aos poderes Legislativo e Executivo, são apreciadas pelo Poder Judiciário. Quando tais questões são levadas ao Judiciário recebem uma abordagem diversa daquela que normalmente receberiam dos poderes competentes, seja em relação aos métodos argumentativos, em relação a linguagem utilizada e a participação popular (BARROSO, 2009).

Percebe-se que houve crescimento do fenômeno da judicialização, com aumento do número de ações propostas. De acordo com Ribeiro e Vidal (2018), dados da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde (CONJUR/MS) demonstram que em 2009 foram 10.486 processos contra a União e em 2012 esse número subiu para 13.051 novos processos, representando um custo de R$ 2,8 milhões. Em relação aos estados da federação, foram gastos R$ 2,7 milhões em 18 processos judiciais, com medicamentos de alto custo para atender 523 pacientes. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2014 existiam 330.360 ações sobre saúde em trâmite nos Tribunais Estaduais.

Ribeiro e Vidal (2018) apresentam em seu estudo um panorama das decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, identificando as principais motivações destas. Inicialmente eles verificam a questão da absolutização da saúde, que consiste no entendimento que a saúde é conseqüência do direito à vida. Os autores também percebem a presença do princípio do resgate, em que se entende que deve-se oferecer tratamento sempre

que houver possibilidade de salvar uma vida, por mais remota que seja esta possibilidade. Neste princípio os custos não relativizados, ainda que possam causar prejuízos no desenvolvimento da saúde coletiva.

Na sequência, Ribeiro e Vidal (2018) identificaram o Reconhecimento da Tese Jurídica dos Custos, em que se compreende que o direito à saúde não seria absoluto e que o Estado poderia ter incapacidade econômica e financeira, dessa forma não se podendo exigir prestações de saúde ilimitadas. Nesse sentido, o julgado STA 91, proferido pela Ministra Ellen Gracie tornou-se emblemático, pois a alegação da limitação de recursos serviu para fundamentar a racionalização dos gastos, com o objetivo de atender um número maior de pessoas.

Em um terceiro momento, Ribeiro e Vidal (2018), afirmam que começam a ser estabelecidos critérios para a fundamentação das concessões jurídicas. No entanto, os autores explicam que nem todos os representantes do Judiciário seguem estes critérios. O principal motivo apontado pelos juízes em suas decisões é a questão do direito à saúde, sendo que a maior parte dos magistrados não considera a questão orçamentária e a reserva do possível.

Barroso (2009) defende que a atuação do Judiciário em relação à saúde deve ocorrer quando não há leis e atos administrativos implementando a Constituição e sendo regularmente aplicados. Porém essa atuação deve ter a marca da autocontenção. Nesse sentido, torna-se importante para o Judiciário a existência de critérios para determinar as prestações de saúde, considerando que as decisões do órgão provocam impacto no planejamento da política de saúde. Um dos critérios que discute-se atualmente é a utilização de protocolos clínicos, especialmente no que se relaciona ao fornecimento de medicamentos.

A judicialização tem afetado o planejamento na área da saúde, já que a Constituição Federal de 1988 prevê o Direito à Saúde, mas não deixa claro a amplitude desse direito, principalmente na expressão “atendimento integral”. Como conseqüência, as ações judiciais acabam interferindo no planejamento realizado pelos administradores públicos e impactando na garantia do direito à saúde da coletividade. Na verdade, se constata que o poder Judiciário em sua atuação não leva em consideração a organização da política de saúde (RIBEIRO; VIDAL, 2018).

Sobre o assunto Barroso (2009), considera que o sistema de saúde sofre pelo excesso de ambição, falta de critérios e voluntarismos diversos. Para o autor proliferam decisões emocionais que condenam a administração a prestações irrazoavéis, não havendo critérios para aferição de qual entidade estatal deve ser responsabilizada pela entrega de medicamentos, por exemplo. Dessa forma, os processos acarretam superposição de esforços e

defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e agentes públicos. Tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e disfuncionalidade da prestação jurisdicional.

Barroso (2009) acredita que estes excessos e inconsistências põem em risco a continuidade das políticas públicas, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos recursos públicos. A jurisprudência muitas vezes impede que políticas coletivas, dirigidas a promoção de saúde pública, sejam implementadas, concedendo privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania, que continua dependente de políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo. Para o autor a questão da judicialização não se trata apenas de uma colisão entre os princípios dos direito à vida e a saúde contra os princípios da separação dos poderes, as questões orçamentárias e a reserva do possível, mas sim é uma colisão entre o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e a saúde de outros.

Na verdade, as decisões do Judiciário impactam diretamente no planejamento. Como exemplo Barroso (2009) relata a questão dos medicamentos. Segundo o autor, determinados pacientes fazem parte de programas de saúde, que envolvem atendimento multiprofissional, bem como o fornecimento de medicamentos. Quando um terceiro paciente que não faz parte deste tipo de programa, solicita o medicamento via Judiciário e tem resposta positiva em sua solicitação, a gestão deixa de fornecer a medicação para o primeiro paciente, para fornecer ao ultimo. Tal ação atrapalha a organização do sistema de saúde, já que atende-se a demanda de um jurisdicionado, mas impede-se a otimização das possibilidades estatais na promoção da saúde pública. Isso acontece já que os recursos são escassos, o que pressupõe escolhas por parte da Administração Pública, tais escolhas geram preferências e preteridos.

Dessa forma, ao tomar decisões o Judiciário modifica as preferências da gestão na alocação de recursos. É o que pondera Barroso (2009) ao verificar que o gasto com medicamentos é superior ao gasto com saneamento básico, embora este último, do ponto de vista da saúde coletiva é mais efetivo no que se trata de promoção e prevenção à saúde. Considerando que a gestão possui escassos recursos públicos, tal escolha não seria a mais acertada, já que uma gestão eficiente deve levar em conta a política social e avaliação de custos e benefícios. Assim, o investimento em saneamento básico, teria maior potencial para a promoção e prevenção da saúde de um grupo populacional, do que o fornecimento individual de um medicamento.

Barroso (2009) também reflete sobre a dificuldade dos mais pobres para acessar o Judiciário, pois geralmente apresentam menores quantidades de demandas, comparando-se à classe média. Nesse sentido, estes são prejudicados, já que as demandas individuais atendidas

geralmente pertencem a população de classe média, além disso, as ações de saúde pública, que teoricamente beneficiariam aos mais pobres deixam de ser executadas. Outra questão apontada pelo autor é a respeito do conhecimento técnico dos juízes, que não tem domínio específico necessário para instituir a política de saúde. O autor pondera que mesmo com o auxílio de laudos técnicos, o Judiciário não tem como rivalizar com a Administração Pública, já que seu ponto de vista baseia-se na microjustiça, no caso concreto.

Apesar das considerações de Barroso (2009), que entende que a gestão em saúde deve ser vista do ponto de vista da coletividade, é necessário que se considere o aspecto do individuo. Deve-se levar em conta, que em muitos casos não basta apenas uma política geral para preservação deste direito, já que muitos problemas de saúde manifestam-se de forma individual. Além disso, as políticas gerais, não desobrigam o Estado no atendimento as demandas individuais, pois, da mesma forma que devem ser criadas ações para preservar a saúde da coletividade, devem existir outras para promover a saúde de cada pessoa. Por esta razão o direito à saúde é subjetivo de cada individuo, que pode exigir do Estado medidas especificas para si, não apenas aqueles que o Estado pretende prestar (BRITO FILHO; FERREIRA, 2015).

Na mesma linha Daou; Brito Filho (2017) argumentam que a gestão em saúde, tem a atuação pautada na visão utilitarista, pensando na saúde apenas do ponto de vista da coletividade, elaborando políticas com base nas necessidades da maioria, restringindo as tecnologias oferecidas pelo Sistema de Saúde. No entanto, para os autores está claro, que na prática, as necessidades de saúde de cada pessoa vão manifestar-se de formas diferentes. Eles entendem que, ainda que o constituinte tenha relacionado o direito à saúde a coletividade é preciso ter clareza que isso não diminui seu conteúdo e obrigatoriedade nas necessidades individuais de cada pessoa.

Sobre o aspecto da limitação de recursos, ou da reserva do possível, em que entende-se que os direitos sociais devem ser executados na medida que hajam recursos suficientes, Daou; Brito Filho (2017) afirmam tratar-se de uma falácia. Afirmam isso, argumentando que os recursos não são finitos, mas sim as escolhas de prioridades daqueles responsáveis pela destinação financeira, que não estão obedecendo os mandamentos do legislador e as prioridades dos destinatários das normas constitucionais, que são normas jurídicas de imperatividade.

Para Daou; Brito Filho (2017), o Estado deve atuar na formulação de políticas públicas voltadas para a realização dos direitos fundamentais, diminuição de desigualdades na aquisição de serviços públicos a partir do planejamento, por meio da participação social,

fomentando o debate sobre assuntos relevantes para a população. Após isso, deve atuar na execução destas medidas e trabalhar com transparência para que os cidadãos possam controlar o alcance dos objetivos e metas.

Entende-se, portanto, que o Estado não pode simplesmente escusar-se de cumprir o dever constitucional com o direito à saúde. Direito este, que não se manifesta apenas por meio de ações que abrangem a coletividade, mas deve considerar as necessidades individuais de saúde de cada individuo. Diante disso, quando um paciente não tem sua demanda de saúde atendida por meio das ações proporcionadas pelo Estado, ele tem o direito de dirigir-se ao poder Judiciário para garantir a manutenção de sua saúde, ou até mesmo de sua sobrevida.

O compromisso do Judiciário é garantir que o sujeito exerça seu direito de saúde, e percebendo que a demanda do mesmo se justifica, de proporcioná-la. Porém, o Judiciário deve estar atento a organização do Sistema de Saúde, utilizando-se de ferramentas que fundamentem sua decisão, como por exemplo o auxilio de profissionais de saúde e protocolos técnicos baseados em evidências, ou seja a decisão não deve ser emocional.

Em relação a gestão, entende-se, da mesma forma que Daou; Brito Filho, que a mesma tem o poder de decisão em suas prioridades, além do domínio em relação a questão orçamentária. Por ter esse domínio, sua responsabilidade é o cumprimento constitucional dos direitos sociais e, portanto, colocar a saúde como prioridade é mandamental. A gestão não pode eximir-se de prestar saúde a qualquer cidadão, mesmo que o aspecto que este sujeito necessite, não seja a nível coletivo.

Além disso, não se pode afirmar que a gestão não tem conhecimento de que chegarão demandas do Judiciário, afinal elas são recorrentes. Então qual seria o motivo para não organizar-se para receber tais demandas? Em verdade, a gestão age como se não houvesse possibilidade de receber demandas judiciais e portanto não prepara-se para este momento e quando acontece acaba por desorganizar-se. Acredita-se que seria importante a elaboração de documentos que organizassem a questão da Judicialização no país: como atender, quem deve atender e em que medida atender.

Outra ferramenta que pode auxiliar a gestão na execução do planejamento é a participação da comunidade. Tal participação tem previsão legal, por meio dos conselhos e conferências de saúde, mas como afirmado anteriormente, enfrenta dificuldades. É necessário aperfeiçoar a participação social, utilizando-se dos órgãos que já existem, além de se buscar outras maneiras de incluir a população na tomada de decisões. Neto (2007) explica, utilizando-se de abordagem de Isabel Guerra, que a participação no planejamento manifesta-se de diferentes formas: a primeira é a reivindicatória, de característica individual; a segunda

seria a ação crítica, que procura ampliar a consciência da população sobre seus direitos visando criar novas formas de organização e gestão; o terceiro tipo é a ação que pretende participar da gestão, que se organiza por meio de associações dos usuários do SUS, nas conferências de saúde e audiências públicas promovidas pelo Ministério Público; finalmente a ação pedagógica é aquela que procura romper, com ampla participação o modelo hegemônico de gestão e desenvolvimento por meio de ações pedagógicas.

Portanto, a gestão compartilhada pode auxiliar na elaboração de planos que atendam as demandas de saúde da população. A criação de espaços de discussão que envolvam diversos órgãos, como universidades, Poder Judiciário, usuários do SUS e gestão pode contribuir para que as decisões que se referem aos recursos orçamentários estejam mais adequados a realidade sanitária. Um exemplo relatado por Neto (2007), é o Programa Saúde Relevância Pública do Ministério Público de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que realiza projetos de pesquisa sobre judicialização da saúde, em que reivindicações do Judiciário são conhecidas, analisadas e classificadas.

5. CONCLUSÃO

O direito à saúde é previsto na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado. Porém a Constituição não estabelece limitações a este direito, tornando o planejamento na área da saúde um grande desafio, já que devem-se atender demandas prestacionais negativas e positivas. Entre as demandas positivas é que se encontram as maiores dificuldades, pois a gestão deve atender tanto as necessidades individuais, como as coletivas.

Entre as demandas individuais, encontram-se aquelas encaminhadas ao Judiciário, pela ausência de ações do Executivo e Legislativo. Tais demandas são tratadas pela gestão em saúde, como algo não previsto, apesar de sua recorrência, e por esta razão costumam desorganizar os planos criados pelo gestor. Além disso, a gestão costuma afirmar que a judicialização gera grandes dificuldades, pois os recursos orçamentários seriam limitados, explicam que, para fornecer uma prestação a alguém, deixa-se de fornecer outra prestação a uma coletividade de pessoas.

No entanto entende-se que a gestão é responsável pela administração dos recursos e pela determinação de prioridades, portanto, o caminho seria considerar a saúde como extremamente importante. Em verdade, a gestão não poder eximir-se de prestar a saúde a qualquer cidadão em qualquer aspecto que necessite, mesmo que não seja a nível coletivo. Ou

seja, não é possível considerar que baixos recursos orçamentários sejam suficientes para justificar a não prestação em saúde. É aí que encontra-se o desafio para a gestão em saúde, gerir as demandas individuais, vindas ou não do Judiciário, com as demandas de uma coletividade.

Por fim, conclui-se que para aperfeiçoamento do planejamento na área da saúde, que inclua as questões da judicialização, é necessário que, se fortaleçam espaços já existentes de participação social e que, se criem outros que tenham envolvimento de sujeitos das mais diversas áreas e que possam colaborar com a gestão em saúde. Estes espaços podem envolver usuários do SUS, universidades, Ministério Público, Poder Judiciário e gestão, que poderiam debater a respeito do planejamento, além de demandas judiciais, que podem ser conhecidas, debatidas e analisadas, a exemplo do Programa Saúde Relevância Públicas do Ministério Público de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1.BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisp. Mineira**, Belo Horizonte, n. 188, v. 60, p. 29-60, 2009.

2.BRASIL. **Constituição.** República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 05 out. 1988.

3._____. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – diretrizes operacionais. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1. **Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva**. Brasília, 2006

4._____. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva – instrumentos básicos. Ministério da Saúde, Brasília, 2009

5._____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Secretaria de gestão Estratégica e Participativa,** Brasília, DF, 2013.

6.BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de; FERREIRA, Vanessa Rocha. Direito Fundamental à Saúde e Tutela Individual: Lendo Esse Direito Constitucional à Luz do Liberalismo Igualitário, 2015, Madri. **Anais...** III Encontro de Internacionalização do Conpedi, v. 2, p. 276-290.

7.DAOU, Heloísa Sami; BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Repensando o Direito à Saúde e a Responsabilidade do Estado à Luz da Teoria de Justiça de John Rawls.** Rev. De Teorias Da Just., Da Decisão E Da Argumentação Jurídica, Brasília, v. 3, n. 1, p. 22 – 39, 2017.

8.FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Judicialização da Saúde. In: SANTOS, Adriana (Org.) **Caderno Mídia e Saúde Pública.** Belo Horizonte: Autentica, p. 49-52, 2007.

9.GIL, C. R. R.; LUIZ, G. C.; GIL, M. C. R. (Org.). **A importância do planejamento na gestão do SUS**. São Luís: Edufma, 2016.

10.LACERDA, J.T.; BOTELHO, L.J.; COLUSSI, C.F. (org.). Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – **Eixo II O trabalho na atenção básica.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

11.MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**, p. 117-119, 1995.

12.PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W. Tratado de Saúde Coletiva, **Hucitec,** pp. 767-782, 2006.

13.RIBEIRO, Krishna Day; VIDAL, Josep Pont. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.,** Brasília, v. 7, n. 2, p. 239-261, 2018.

14.SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em Torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. **Panóptica.** Vitória, ano 1, n. 4, dez. 2006, p. 1-22.

15.TEIXEIRA, C.F. Enfoques teóricos e metodológicos do planejamento em saúde. In: **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências.** Universidade Federal da Bahia, 2010.

16.VIEIRA, Fabiola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. Supl. 1, p. 1565-1577, 2009.