

# **VII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

**DIREITO E SAÚDE**

**FRANCIELLE BENINI AGNE TYBUSCH**

**JANAÍNA MACHADO STURZA**

**LITON LANES PILAU SOBRINHO**

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

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**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** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

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

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

**Comunicação:**

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

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

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

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

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

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

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

**Eventos:**

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

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

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

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Francielle Benini Agne Tybusch; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho – Florianópolis: CONPEDI, 2024.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-946-9

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: A pesquisa jurídica na perspectiva da transdisciplinaridade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VII Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2024 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



## VII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

### DIREITO E SAÚDE

---

#### **Apresentação**

Esta obra, que faz parte do Grupo de Trabalho de Artigos “Direito e Saúde”, é originada de mais um evento organizado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), que congrega as temáticas e trabalhos desenvolvidos pelos pesquisadores da área do Direito das mais diversas localidades nacionais, e neste evento, de forma virtual. Os resumos são fruto do VII Encontro Virtual do CONPEDI, com o tema central: Inclusão e Transdisciplinaridade, realizado nos dias 24 a 28 de junho de 2024.

Passa-se a uma breve apresentação dos trabalhos:

No artigo intitulado “JUDICIALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL” de autoria de Marcia Andrea Bühring e Fabio de Freitas Floriano busca-se examinar a jurisprudência pátria, a doutrina, os artigos sobre o tema home care e os dados obtidos pela Assessoria Jurídica (AJ) da SES/RS, realizando-se uma análise crítica sobre a mencionada situação.

Os autores José Adelar de Moraes, Tereza Rodrigues Vieira e Horácio Monteschio no artigo intitulado “TUTELA JURISDICIONAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS RARAS E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ÓRFÃOS” visam destacar a eficácia da tutela jurisdicional no acesso aos medicamentos órfãos para pessoas portadoras de doenças raras.

No artigo intitulado “O PROCESSO ESTRUTURAL COMO INSTRUMENTO DE APERFEIÇOAMENTO DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO” de autoria de Felipe Costa Camarão, Sérgio Felipe de Melo Silva e Taynah Soares de Souza Camarao tem como objetivo investigar se o processo estrutural é capaz aperfeiçoar a prestação jurisdicional na seara da judicialização da saúde pública.

Os autores Ruan Patrick Teixeira Da Costa e Sandro Nahmias Melo no trabalho intitulado “A BANALIDADE DO MAL E A PANDEMIA DA COVID-19 NA CIDADE DE MANAUS /AM” visam traçar um paralelo entre a banalidade do mal (conceito tratado por Hannah Arendt) existente na sociedade e os desdobramentos da pandemia do novo coronavírus

(covid-19), a qual atingiu praticamente todos os países do globo terrestre, resultando na morte de milhões de pessoas e um colapso nos sistemas de saúde, que não estavam preparados para um evento dessa magnitude.

No artigo intitulado “A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE PELO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA” os autores Maria Eduarda Granel Copetti e José Francisco Dias Da Costa Lyra visam refletir sobre a concretização do direito fundamental à saúde pelo Estado de Bem-Estar Social, a partir de uma observação da obra “Do mágico ao social”, de autoria de Moacyr Scliar.

As autoras Nair de Fátima Gomes e Tereza Rodrigues Vieira no trabalho intitulado “A TUTELA JURÍDICA COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO E IGUALDADE PARA PESSOAS OBESAS OU COM SOBREPESO NO BRASIL” tem por objetivo analisar a falta de atenção, os desafios e o apoio aos indivíduos obesos ou com sobrepeso, segundo a perspectiva da dignidade humana como direito fundamental dessas pessoas estereotipadas e estigmatizadas pela sociedade em geral.

No artigo intitulado “DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE DECOLONIAL DA INCLUSÃO DE CORPOS TRANSEXUAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE” as autoras Janaína Machado Sturza, Cláudia Marília França Lima Marques e Gabrielle Scola Dutra tem como objetivo debater sobre o desenho das políticas públicas a partir do pensamento decolonial.

As autoras Maria Eduarda Granel Copetti e Charlise Paula Colet Gimenez no artigo intitulado “A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA ENQUANTO PRINCÍPIO DE GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE” visam explorar a exigibilidade do Direito à Saúde a partir do princípio da dignidade da pessoa humana, em uma tentativa de elaborar ações voltadas ao exercício eficiente da cidadania, possibilitando à sociedade reduzir as desigualdades e garantir o bem-estar da população. Logo, o direito à saúde no Brasil, conforme destaca a Constituição Federal de 1988, é um direito de todos e um dever do Estado, fundamentado no que preza o artigo 196 da Constituição e assegurado por meio de políticas econômicas e sociais que almejam à redução do risco de doença e ao acesso igualitário e universal aos serviços e ações para sua proteção e recuperação.

No artigo intitulado “A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 À LUZ DOS DESAFIOS HISTÓRICOS E DAS DISTORÇÕES

INFORMATIVAS” de autoria de Vera Lúcia Pontes explora os normativos da política de vacinação contra a Covid-19, com análise das distinções entre a pandemia Covid-19 e o evento Revolta da Vacina de 1904.

Os autores Marta Rodrigues Maffei, Wilson Salgado Jr e Vinicius de Paula Pimenta Salgado no trabalho intitulado “CIRURGIA BARIÁTRICA NÃO REGULAMENTADA PELO CFM: LIMITES DA ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO” visam analisar as controvérsias jurídicas da responsabilidade civil do médico cirurgião bariátrico em procedimentos não regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

No trabalho intitulado “GORDOFOBIA E PESOCENTRISMO: OS PERCURSOS DA INVISIBILIDADE DOS DIREITOS DA PESSOA OBESA” de autoria de Tais Martins, Paulo de Tarso de Oliveira Tavares e Robson Luiz Souza visa abordar a obesidade de forma eficaz requer uma compreensão abrangente de todos esses elementos e um enfoque multidisciplinar que envolva não apenas a medicina, mas também a nutrição, a psicologia, a política pública, direito, psicologia e outros campos.

Os autores o trabalho intitulado “GORDOFOBIA, ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E AS CARÊNCIAS LEGISLATIVAS SOBRE A OBESIDADE” de autoria de Tais Martins, Paulo de Tarso de Oliveira Tavares e Robson Luiz Souza visa analisar a gordofobia e a obesidade, assuntos abrangentes e desafiadores.

No trabalho “JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: O EMBATE DOUTRINÁRIO ENTRE O EXCESSO DA INSTITUTO DA JUDICIALIZAÇÃO CONTRA A UTILIZAÇÃO DESTE PARA GARANTIA DA SAÚDE” de autoria de Ana Paula dos Santos Ferreira, Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro tem por objetivo investigar o fenômeno da Judicialização da Saúde, e para tal se utiliza do estudo de duas correntes, as quais posicionam-se de maneira favorável e contrária à Judicialização.

O autor Douglas Loroza Farias no artigo intitulado “NOVOS CONTORNOS DO DIREITO À SAÚDE E ALTERIDADE INDÍGENA” procura propor a ampliação dos contornos do direito à saúde dos povos indígenas, de modo a abarcar as exigências de tratamento diferenciado impostas pela alteridade.

No artigo “O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E O DIREITO À INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA DECIDIR” de autoria de Daniela Zilio tem como objetivo discorrer sobre o consentimento livre e esclarecido como objeto de exteriorização da autonomia do

paciente, coadunado ao direito à informação na relação médico-paciente, imprescindível na construção da autonomia para decidir.

Os autores Gabriele Ana Paula Danielli Schmitz e Matheus Luiz Sbardeloto no trabalho intitulado “O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA DIGNA: UMA ANÁLISE DO USO DO CANABIDIOL E DO TETRAHIDROCANABINOL A PARTIR DAS DECISÕES JUDICIAIS PROFERIDAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA” tem por objeto a análise do uso dos compostos naturais canabidiol (CBD) e tetrahydrocannabinol (THC) para fins medicinais.

No artigo intitulado “OS IMPACTOS DA AUSTERIDADE NEOLIBERAL NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL” de autoria de Luanna da Costa Santos e Suzy Elizabeth Cavalcante Koury tem como objetivo analisar os impactos da austeridade neoliberal instituída pela Emenda Constitucional 95/2016 na garantia do direito à saúde no Brasil.

Os autores Caroline Regina dos Santos e Nivaldo Dos Santos no trabalho intitulado “PATENTE DE INVENÇÃO NO SETOR FARMACEUTICO E O CONTRATO DE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS PARA O ACESSO A MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO NO BRASIL” tem como objetivo apresentar conceitos da patente de invenção no setor farmacêutico, o panorama histórico mundial e no Brasil sobre o acesso a medicamentos.

No artigo intitulado “PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E DECISÕES AUTOMATIZADAS NA ÁREA DA SAÚDE: DESAFIOS EM RELAÇÃO À TELETRIAGEM MÉDICA” de autoria de José Luiz de Moura Faleiros Júnior e Vanessa Schmidt Bortolini tem como objetivo analisar os aspectos jurídicos da teletriagem, projetando adaptações legais e tecnológicas necessárias para fortalecer a prática médica remota e garantir a segurança e a privacidade dos pacientes.

Desejamos uma boa leitura!

Francielle Benini Agne Tybusch (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Janaína Machado Sturza (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI)

Liton Lanes Pilau Sobrinho (Universidade do Vale do Itajaí/Universidade de Passo Fundo - UPF)



# JUDICIALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

## JUDICIALIZATION OF HOME CARE IN THE STATE SECRETARIAT OF HEALTH OF RIO GRANDE DO SUL

Marcia Andrea Bühring <sup>1</sup>  
Fabio de Freitas Floriano <sup>2</sup>

### Resumo

O Rio Grande do Sul (RS) é um dos Estados com maior índice de judicialização na saúde. O presente trabalho aborda a questão, com foco na demanda por home care no RS. O estudo mostra a realidade dos processos judiciais, em que a Secretaria da Saúde (SES/RS) é requerida para custeio do tratamento de pessoas em atendimento médico domiciliar. A perspectiva desse trabalho é primariamente teórica, exploratória, baseada na doutrina, na legislação, em normas administrativas, decisões judiciais e textos jurídico-econômicos. Em segundo plano, o estudo aponta, com base na análise de dados dos processos administrativos da SES/RS, entre os anos 2018 e 2021, a judicialização em home care. Foram analisadas 147 ações judiciais referentes à prestação de serviço em home care. O valor total despendido pelo Estado foi de R\$ 19.975.076,14. Medidas preventivas são imprescindíveis para redução dessas ações e destinação do recurso que beneficie o sistema como um todo; a exemplo da criação de grupos técnicos para subsidiar a Procuradoria-Geral do Estado (PGE/RS), a fim de orientar gestores municipais, Defensoria Pública e Poder Judiciário. E também a comunicação entre as áreas técnicas e o poder judiciário, através de ações técnico-administrativas, para mitigar a demanda, identificar entraves e impedir o subjetivismo e a arbitrariedade do Estado-juiz. Fomentar a comunicação com os municípios e a reavaliação periódica por profissionais da área da Saúde acerca da necessidade de manutenção do home care evita contratações fora do rol padronizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e cria fluxos para o acompanhamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Direito constitucional, Home care, Tratamento domiciliar, Judicialização da saúde

### Abstract/Resumen/Résumé

Rio Grande do Sul (RS) is one of the states with the highest rate of judicialization in health. This work addresses the issue, focusing on the demand for home care in RS. The study shows the reality of legal proceedings, in which the Department of Health (SES/RS) is required to

---

<sup>1</sup> Pós doutora em Direito (FDUL). Pós doutora FURG. Doutora em Direito PUCRS. Mestre em Direito UFPR. Advogada e Parecerista. Professora na Escola de Direito da PUCRS

<sup>2</sup> Mestrando em Direito pela UNISINOS. Graduado em Direito pela Escola de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



pay for the treatment of people receiving home medical care. The perspective of this work is primarily theoretical, exploratory, based on doctrine, legislation, administrative norms, judicial decisions and legal-economic texts. In the background, the study points out, based on the analysis of data from SES/RS administrative processes, between 2018 and 2021, the judicialization of home care. 147 legal actions relating to the provision of home care services were analyzed. The total amount spent by the State was R\$19,975,076.14. Preventive measures are essential to reduce these actions and allocate resources that benefit the system as a whole; such as the creation of technical groups to support the State Attorney General's Office (PGE/RS), in order to guide municipal managers, the Public Defender's Office and the Judiciary. And also communication between technical areas and the judiciary, through technical-administrative actions, to mitigate demand, identify obstacles and prevent subjectivism and arbitrariness on the part of the State judge. Promoting communication with municipalities and periodic reassessment by healthcare professionals regarding the need to maintain home care avoids hiring outside the list standardized by the Unified Health System (SUS) and creates flows for patient monitoring.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Constitutional right, Home care, Home treatment, Judicialization of health

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como propósito avaliar a judicialização do tratamento domiciliar, ou *home care*, na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Nesse sentido, busca-se examinar a jurisprudência pátria, a doutrina, os artigos sobre o tema *home care* e os dados obtidos pela Assessoria Jurídica (AJ) da SES/RS, realizando-se uma análise crítica sobre a mencionada situação.

O estudo constitui uma revisão de artigos sobre *home care* retirados das plataformas Scielo, Google Acadêmico, Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas, Revista Digital de Direito Administrativo e Revista Digital dos Tribunais. São citadas teses e doutrinas relacionadas ao direito à saúde; análise do Plano Estadual de Saúde da SES/RS; seleção de julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), dos Tribunais Regionais Federais (TRF), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), referentes ao tema *home care*. Ademais, são analisados dados através de estudo descritivo retrospectivo junto à AJ da SES/RS utilizando-se o Sistema de Processos Administrativos (PROA) do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

No primeiro tópico, descreve-se o entendimento sobre conceitos de atendimento domiciliar, atenção domiciliar, internação domiciliar e *home care*, trazendo-se à baila o entendimento jurisprudencial e doutrinário sobre o tema. São analisadas as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado no sentido de se ofertar o atendimento domiciliar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A situação das demandas de *home care* em que o RS é polo passivo demonstraram aumento nos custos decorrentes da prestação desses serviços. Conforme Plano Estadual de Saúde 2020/2023 (BRASIL, 2021a), o RS é o ente estadual com maior envelhecimento populacional quando comparado ao restante do País, constituído de uma população acima de 60 anos, que representa 18,2% dos gaúchos.

De acordo com a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030, o percentual da população idosa será de 24,3% (BRASIL, 2021a). Cabe lembrar que a população idosa é mais acometida por doenças degenerativas, neurológicas e está mais sujeita a acidentes com prejuízos na locomoção e consequente diminuição da autonomia para tarefas diárias. Nesse contexto, os dados supracitados corroboram com um aumento na demanda por *home care*.

A essência do presente trabalho reside na realização de uma análise dos dados obtidos junto à AJ da SES/RS. Através de um levantamento referente à situação entres os anos de 2018 a junho de 2021, identificou-se um aumento substancial na judicialização na SES/RS sobre

*home care* em que o Estado é polo passivo para as referidas demandas. Ressalta-se que as informações obtidas por meio da disponibilização dos dados junto à AJ da SES/RS seguem os preceitos éticos, não sendo divulgado dados de usuários do SUS e informações pessoais dos pacientes e profissionais envolvidos.

## 2 CONCEITOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR/INTERNAÇÃO DOMICILIAR E *HOME CARE*<sup>1</sup>

A assistência domiciliar traz muitas discussões para administradores e profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes. A modalidade *home care* (do inglês, cuidado no lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos possíveis de serem realizados na casa do paciente, e abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipes multiprofissionais. Visam à promoção, reabilitação e manutenção da realidade da saúde desse usuário (FABRÍCIO, 2004).

De acordo com Gomes (2020), entende-se por *home care* a modalidade continuada de prestações de serviços na área de assistência à saúde, com o objetivo de se alcançar a continuidade do atendimento hospitalar do portador de enfermidade no seu ambiente domiciliar ou de seus familiares. Essa modalidade é cada vez mais requerida por médicos e necessária aos usuários. Todavia, o Estado *latu sensu*, em muitas ocasiões, suporta os custos da judicialização do atendimento domiciliar em decorrência do aumento da demanda dos usuários do SUS por esses serviços.

Segundo Wealth Canada (1997 *apud* LACERDA *et al.*, 2006, p. 91), “No sistema de saúde canadense, *home care* é a provisão de uma disposição de serviços de saúde e sociais designados a dar suporte aos pacientes em suas próprias casas”. Para Rajão e Martins (2020), a nomenclatura ‘atenção domiciliar’ denomina um conceito de maior amplitude, um termo geral, que designa a organização do sistema e das práticas de saúde, as quais abrangem o atendimento, a visita e a internação domiciliar. O atendimento domiciliar é também considerado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar; na literatura internacional: *home care*.

---

<sup>1</sup> “INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SIS Nº 16, DE 2021. Regulamenta o Programa de Atenção Domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde.

Art. 1º O Programa de Atenção Domiciliar é o conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio em função da complexidade assistencial e avaliação socioambiental, realizado por equipe multiprofissional que objetiva a promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação; desenvolvido fora do ambiente hospitalar e estabelecido conforme as necessidades do beneficiário.

§ 1º O Programa de Atenção Domiciliar poderá ocorrer em cinco modalidades:

I - Internação domiciliar (*home care*);  
II - Assistência de enfermagem sem internação domiciliar;  
III - Assistência de cuidador;  
IV - Oxigenoterapia domiciliar;  
V - Suporte terapêutico domiciliar.”

A visita domiciliar é, por sua vez, o conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde da comunidade. E a internação domiciliar é a modalidade da atenção domiciliar que se utiliza das tecnologias duras (mais complexas) em saúde, essas relacionadas com a prestação de serviços de média e alta complexidade (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Contudo, os programas oferecidos pelo SUS não são elegíveis para internação domiciliar (*home care*), pois necessitam de um aporte técnico e da permanência contínua de profissionais na casa do usuário. Os programas vigentes no sistema de saúde público disponibilizam visitas, por meio de equipes de Atenção Primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família, para orientação dos cuidadores ou familiares dos enfermos (BRASIL, 2020a).

Cabe ressaltar que a maioria das demandas judicializadas de *home care* deveriam estar entre as modalidades de maior complexidade, em que é necessário um aporte tecnológico maior. Porém, tal realidade não se mostra presente em muitos processos que o Estado é condenado a custear. Por esse motivo, cabe uma análise mais detalhada sobre a necessidade de um atendimento contínuo para o usuário em sua residência.

Para o presente trabalho, utilizou-se a nomenclatura *home care* como sinônimo de internação domiciliar, procedimento mais complexo e com aporte de uma equipe multiprofissional. Já a terminologia ‘atenção domiciliar’ foi utilizada para se referir a atendimentos domiciliares ou visitas domiciliares, por intermédio de programas do SUS, equipes habilitadas pelo programa Melhor em Casa (BRASIL, 2020b), ou por profissionais da assistência básica do município de residência do usuário.

Conforme mencionado anteriormente, a modalidade de atenção domiciliar é mais difundida nas políticas de saúde e está relacionada às práticas das equipes de Atenção Primária, que fazem a cobertura no território adscrito. Essas equipes de profissionais estão alocadas para o suporte às comunidades em que as unidades de saúde estão localizadas.

### 3 DIREITO À SAÚDE E DEVER DOS ENTES FEDERADOS

O direito à saúde está positivado na Constituição e cabe aos entes federados disponibilizarem, através de políticas sociais, esse direito a todos os cidadãos. Conforme a Constituição Federal em seu artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em nível infraconstitucional, a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro (BRASIL, 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. A referida lei, em seu artigo 2º, prevê que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Conforme Bühring (2014, p. 224) O direito à saúde, elevado à condição de direito social fundamental do ser humano, contido no art. 6º da Constituição e declarado por seus artigos 196 ao 200, é de aplicação imediata e incondicionada, nos termos do parágrafo 1º do artigo 5º da Constituição Federal.

Já a Constituição Estadual do RS preceitua, em seu artigo 241, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, através de sua promoção, proteção e recuperação” (RIO GRANDE DO SUL, 1989). Nessa esteira, segundo Faria (2015), com a força jurídico-normativa dos mandamentos impostos pela Carta Magna de 1988 e a ascensão do poder judiciário nos últimos anos, inúmeros problemas sociais que eram tratados no âmbito político passaram a ser analisados pelo Direito. Os direitos fundamentais e sociais estão nessa ótica.

Com a nova Carta Magna e com a positivação do direito à saúde, a sociedade começou a demandar acentuadamente o referido direito. Nesse contexto, cabe uma análise mais sucinta da verdadeira necessidade de proposição de ações que, em alguns casos, saem do escopo administrativo e requereriam uma análise mais detalhada de sua necessidade (BRASIL, 1988).

Além do mais, cabe lembrar que o tema da solidariedade dos entes federados nas demandas referentes à saúde já foi levado a julgamento no STF, através do recurso extraordinário n.º 855.178/Sergipe (BRASIL, 2019). Na sessão Plenária de 23 de maio de 2019, o Tribunal, por maioria fixou a seguinte tese de repercussão geral (Tema 793):

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 (BRASIL, 2019).

O egrégio tribunal consolidou entendimento de que os três entes da federação (Municípios, Estados e União) são solidários na responsabilidade pela saúde coletiva ou individual da população. O entendimento da suprema corte é de que compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento das custas judiciais a quem suportou o ônus financeiro.

Noutro giro, cabe lembrar que, no artigo 5º, inciso XXXV, do diploma maior, “A lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito” (BRASIL, 1988).

Tal artigo pode ser um estímulo à judicialização em massa, como no contexto do *home care*, cujos casos são oriundos em sua maioria de usuários com nível de instrução mais acentuado do que o da população geral. Cabe lembrar que a ação para obtenção de internação domiciliar (*home care*) não são elegíveis nas políticas públicas oferecidas pelo SUS.

Tais inelegibilidades provocam demandas por ações individuais que beneficiam poucos usuários em detrimento da população em geral e com custos altíssimos. Isso acaba onerando o Estado, que recebe um recurso cada vez menor, já que o orçamento destinado à saúde não é flexível e os gastos com poucas ações individuais são retirados do montante global.

#### 4 DICOTOMIA ENTRE A RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL

A dicotomia entre a reserva do possível e o mínimo existencial são dois princípios que devem ser ponderados no direito à saúde. Conforme Sarlet e Figueiredo (2007), o mínimo existencial compreende um conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma dignidade, no sentido de uma vida saudável. É entendido como um núcleo essencial dos direitos fundamentais, sendo protegido por qualquer intervenção estatal e da sociedade.

Conforme ensina Nunes Júnior (2017, p. 1061),

O Supremo Tribunal Federal tem se utilizado cada vez mais da teoria do mínimo existencial dos direitos sociais para proferir algumas de suas mais importantes e emblemáticas decisões. A maioria das decisões do Supremo acerca do mínimo existencial refere-se a dois importantes direitos sociais: saúde e educação.

O entendimento do judiciário brasileiro é de que se o poder legislativo abdicar de positivação e o poder executivo mostrar inércia na execução das políticas públicas, caberá ao judiciário garantir o mínimo existencial para a dignidade humana, consoante é o entendimento de Wang (2009, p. 316). Dessa forma, Fernandes (2017, p. 718) deixa claro o posicionamento e o entendimento referente ao ativismo desproporcional do judiciário.

Na prestação de direitos à saúde é bem comum o ativismo do judiciário. Entretanto, cabe lembrar que uma interferência sem controle prejudica o sistema como um todo, pois poucas ações judiciais somam um montante financeiro significativo para um orçamento global que não é mutável.

##### 4.1 OS PROGRAMAS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO SUS

Na esfera dos programas de atendimento domiciliar, existem a Portaria do Ministério da Saúde nº. 825 de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS

(BRASIL, 2016a); a Portaria de Consolidação nº. 5 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - título IV, capítulo III (BRASIL, 2017a); e a Portaria nº. 6 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - título III, capítulo II, seção V e anexo XXVIII (BRASIL, 2017b). Essas portarias são os dispositivos mais atualizados no âmbito do SUS que definem a atenção domiciliar, além de atualizarem as equipes habilitadas para o referido programa. Conforme a portaria do Ministério da Saúde nº. 825 de 25 abril (BRASIL, 2016a), são três as modalidades de atenção domiciliar: D1, D2 e D3, respectivamente.

A modalidade D1 destina-se a pacientes que têm problemas de saúde controlados e com a locomoção prejudicada para se deslocarem até uma unidade de saúde. Tais cuidados com a saúde são de menor intensidade e os atendimentos são mensais ou de acordo com a necessidade do usuário e podem ser realizados pelas equipes de atenção básica. Entretanto, nas modalidades D2 e D3, há maior complexidade e exigência de atendimento por equipe multiprofissional. Na modalidade D3, são necessários equipamentos específicos e uso maior de tecnologias, além de mais visitas realizadas pelas equipes de profissionais (BRASIL, 2020a).

Por fim, cabe lembrar que os programas do SUS não contemplam o atendimento permanente (em tempo integral), que é quando os profissionais permanecem na casa do paciente por períodos longos. O programa Melhor em Casa, por exemplo, somente está destinado à orientação e aos procedimentos na residência do usuário. Trata-se de um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. Entretanto, o programa não contempla o atendimento continuado na residência, conforme preconizam algumas decisões judicializadas.

Inclusive previsto no artigo 544, capítulo III, da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28 de setembro de 2017.

A necessidade de profissional enfermeiro continuamente e demandas de maior complexidade não são contempladas pelo SUS. A modalidade de internação disponibilizada pelo sistema público para casos mais complexos é a internação hospitalar.

#### 4.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2023) no Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de novos processos abertos contra o sistema de saúde público e privado, cresceu na justiça brasileira em 19% entre 2021 e 2022. “No total, mais de 460 mil ações foram iniciadas no ano passado, apontando para um aumento da judicialização na saúde no Brasil”.

Esse fenômeno já foi apontado nos anos anteriores, segundo (CNJ, 2019, p. 15), o fenômeno da judicialização é crescente. De acordo com dados obtidos dos tribunais estaduais de primeira instância, o número de processos anuais distribuídos em temas relacionados à saúde aumentou 130% entre os anos 2008 e 2017. Entretanto, está bem acima do número total de processos judiciais em geral que, conforme levantamento, aumentou somente 50% no mesmo período. O fenômeno é semelhante em relação à judicialização no RS, onde os números também aumentam substancialmente.

De acordo com a SES/RS através do Plano Estadual de Saúde 2020/2023, as proposituras de demandas aumentaram. No ano de 2017, foram de 16.721 processos para obtenção de medicamentos, 6.047 processos residuais – classificação na qual as demandas de *home care* se enquadram. No ano de 2018, foram 17.396 demandas por medicamentos, e 6.695 referentes a residuais. Já em 2019, foram demandados 17.006 e 6.791 processos por medicamentos e residuais respectivamente. Na classificação residual em que se enquadram as demandas de *home care*, houve aumentos de proposituras nos anos de 2017, 2018 e 2019 (BRASIL, 2021a).

A judicialização na saúde é um desafio para os gestores públicos em decorrência dos altos valores despendidos pelos cofres públicos. Tal realidade não é diferente no RS, entretanto, com uma preocupação ainda maior, pois o Estado é um dos entes da federação que apresentam os maiores índices de judicialização à saúde no país, além de ser um Estado que a população é a mais envelhecida do país e tais características fazem com que as demandas por prestações de serviços de *home care* só aumentem.

Segundo Souza (2019), o poder do judiciário não é ilimitado devendo ser pensado como enfrentar a centralização de suas decisões e definir quais os limites que devem ser observados no deferimento de ações individuais e coletivas referente a prestação à saúde.

Conforme Jesus e Kzam (2016), a judicialização do direito à saúde está sendo observada nas últimas décadas como um movimento que só aumenta a cada dia, tornando-se um problema também para o judiciário, que fica sobrecarregado. Contudo, falta para os juízes e desembargadores um amparo técnico para resolver tais demandas. Noutro giro, as esferas administrativas (Municípios, Estados e União) também ficam reféns das decisões do judiciário,



cabendo a estes entes da federação tomarem medidas urgentes para prestar o direito à saúde dos usuários.

Conforme mencionado abaixo, o plano estadual de saúde do Rio Grande do Sul salienta a problemática da judicialização:

[...] a população recorre ao Poder Judiciário com o objetivo de efetivar seu direito individual/ coletivo à saúde, em regra, sem observar quaisquer critérios estabelecidos em programas públicos de saúde ou protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas. Entretanto, esse recurso aprofunda as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, pois cria uma terceira via de acesso ao SUS e a ideia de que o Poder Judiciário favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à Justiça, desprezando-se a lógica do SUS. (BRASIL, 2021a).

Foi criado pela AJ da SES/RS o Grupo Técnico que trata da judicialização na secretaria, tal grupo é composto por profissionais de saúde e pelos assessores jurídicos, o grupo discute formas de prevenção para o aumento nas demandas judiciais em que o Estado é polo passivo.

A SES/RS vem desenvolvendo estratégias para dar subsídio técnico para a Procuradoria Geral do Estado no sentido de reduzir o número de ações, a formação do grupo anteriormente mencionado é uma das medidas de cunho preventivo.

Conforme descrito no Plano Estadual de Saúde 2020/2023:

[...] a efetivação do direito à Saúde é confundida com a oferta de qualquer um dos milhares de tratamentos disponíveis no mercado. Diante disso, um dos caminhos é a aproximação do setor da Saúde ao Judiciário para a criação de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao SUS. (BRASIL, 2021a).

Por derradeiro, cabe lembrar que o Plano Estadual de Saúde 2020/2023 colocou como meta para AJ a redução da judicialização na SES/RS, tal medida será monitorada pela AJ e grupos técnicos que compõem a secretaria.

#### 4.3 ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL EM RELAÇÃO AO HOME CARE

O entendimento do STF é que os entes federados são solidariamente responsáveis pela prestação à saúde dos usuários. Conforme repercussão da tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) para o Tema 793, a suprema corte definiu a questão da legitimidade passiva dos entes da federação referente a demandas de saúde, não excluindo nenhum ente público da responsabilidade pela tutela à saúde.

De acordo com as demandas de *home care* é sempre interessante avaliar as responsabilidades das três esferas da administração (Municípios, Estados e a União), entretanto, é de suma importância que os municípios, através de seus representantes, quando solicitado

pelo magistrado, disporem uma análise da estrutura local e das necessidades individuais do usuário no caso concreto.

Cabe lembrar que o RS, em muitas situações, tem arcado com o custo integral das demandas de *home care*. Contudo, seria importante que juízes e magistrados solicitassem uma análise da rede de saúde local, questionando sua estrutura e avaliando as prestações de serviços realizadas pelo SUS *in loco*, além de indagar quais serviços e equipamentos o município dispõe para o paciente no caso concreto. Posteriormente, no que não se aplica a responsabilidade do município, seriam então demandados os outros entes da federação.

Segue abaixo um julgado que referência o entendimento da suprema corte em relação à solidariedade entre os entes da federação.

**AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO PREVISTO NO REGULAMENTO DO SUS. INCLUSÃO DA UNIÃO DO POLO PASSIVO. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. DECISÃO RECORRIDA EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DO STF.** 1. O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, no julgamento do RE 855.178 (Rel. Min. LUIZ FUX, Tema 793), examinou a repercussão geral da questão constitucional debatida nestes autos e reafirmou a jurisprudência desta CORTE no sentido da **responsabilidade solidária dos entes federados do dever de prestar assistência à saúde**. 2. Posteriormente, ao rejeitar os embargos de declaração opostos em face deste acórdão, o SUPREMO fixou a seguinte tese: ‘Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são **solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da Saúde [...]** (BRASIL, 2021b) (grifo nosso).

Nas demandas de *home care* é importante avaliar a necessidade de prestação de serviços de enfermagem contínua na residência do paciente, pois a função tanto do técnico de enfermagem e quanto do enfermeiro não é a de cuidador, mas de técnico em cuidados decorrentes da patologia do paciente. Contudo, em muitos casos, existe a ideia equivocada de que o técnico de enfermagem é um cuidador, isso é um erro que muitos juízes/magistrados comentem.

Cabe lembrar que no SUS existe o Melhor em Casa, programa que, através da estrutura local da atenção à saúde, disponibiliza visitas, orientações e acompanhamento dos usuários que necessitam de atendimento domiciliar. Nesse arcabouço, apresenta-se uma decisão em que o magistrado no caso concreto não concedeu o serviço de *home care* por prazo indeterminado e com atendimento de enfermagem 24 horas, pois o paciente recebe cuidados da família.

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. HOME CARE. SUS.** Tutela antecipada. Agravante portador de encefalopatia crônica não evolutiva (CID G 80.0). **Alegação de necessidade de serviços ‘home care’, por prazo indeterminado, com atendimento de enfermagem 24 horas, fisioterapia (motora e respiratória), sete sessões por semana, fonoaudiologia e terapia ocupacional, uma sessão por semana, além do insumo um colchão pneumático sistema bio ar. [...]. Antecipação dos efeitos da tutela. Impossibilidade.** Decisão

agravada mantida, ressalvada a possibilidade de reapreciação do pedido, caso trazidos novos elementos probatórios. Recurso não provido. (BRASIL, 2016b) (grifo nosso).

Subsequentemente, foi extraído do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2) agravo de instrumento que mantém decisão concedendo atendimento por meio do programa Melhor em Casa, com acompanhamento de técnico de enfermagem por 12 horas continuamente. Ressalta-se que a permanência do profissional na casa do paciente não está contemplada pelo programa Melhor em Casa.

Uma análise da rede de saúde local (do município) é importante, pois poderá contemplar algum serviço que a municipalidade demande, através de políticas de saúde implementadas na localidade. Essas políticas diminuirão os custos para contratação de serviços através de licitação. Caso o paciente demande um aporte tecnológico permanente de cuidado, talvez seja necessária a institucionalização hospitalar do usuário.

**DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. PROCESSO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. TRATAMENTO MÉDICO DOMICILIAR. HOME CARE. SUS. POSSIBILIDADE. (..) 2. O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, instituído no SUS, Portaria GM/MS nº 2.029/2011, e redefinido pela Portaria GM/MS nº 825/2016, faz parte do programa 'Melhor em Casa', que visa substituir ou complementar a internação hospitalar, com foco na desospitalização, assistência humanizada a doentes crônicos, idosos, pacientes em recuperação de cirurgias e com necessidade de reabilitação motora. [...].** (BRASIL, 2016c) (grifo nosso).

Outrossim, segue exemplo de um julgado sobre o tema e que trata do entendimento de solidariedade entre os entes (União, Estados e Municípios). No processo, salienta-se a importância de um relatório social e de uma análise detalhada acerca da necessidade de manutenção do usuário no atendimento domiciliar.

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.726.469 - RJ (2018/0042885-6) RELATOR: MINISTRO MAURO CAMPBELL MARQUES RECORRENTE: RICARDO AUGUSTO COSTA SOUZA ADVOGADO: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO RECORRIDO: UNIÃO RECORRIDO: ESTADO DO RIO DE JANEIRO PROCURADOR: MARCEL SILVA GLADULICH E OUTRO (S) - RJ139818 INTERES.: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. ENUNCIADO ADMINISTRATIVO 2/STJ. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DO ESTADO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. ENTENDIMENTO DO STF EM REPERCUSSÃO GERAL. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. DECISÃO. Trata-se de agravo em recurso especial interposto por RICARDO AUGUSTO COSTA SOUZA, em face do acórdão proferido pelo Tribunal Regional Federal da 2ª Região, assim ementado: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO. REEXAME NECESSÁRIO. TRATAMENTO MÉDICO DOMICILIAR. HOME CARE. SUS. HOSPITAL FEDERAL. UNIÃO. LEGITIMIDADE PASSIVA. 1. A sentença determinou aos três entes federativos proporcionar ao portador de encefalopatia anóxica, tratamento domiciliar adequado ao seu quadro clínico, pelo tempo que se fizer necessário, incluindo o fornecimento de medicamentos, insumos e material hospitalar, convencido dos benefícios do *home care* para a**

saúde do paciente e do prejuízo da internação hospitalar prolongada. [...]. (BRASIL, 2018a) (grifo nosso).

Nesse sentido, seguem mais dois julgados: o primeiro reforça o entendimento de solidariedade entre os entes federados; o segundo o apresenta a apreciação errônea sobre a função do profissional técnico de enfermagem. Não obstante, é de suma importância que seja realizada uma análise social (através das equipes de assistência social) do caso concreto, verificando-se a verdadeira necessidade de se ter o profissional por períodos longos (oito, 12 e 24 horas diárias na residência do paciente).

**ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. SAÚDE PÚBLICA. ATENDIMENTO RESIDENCIAL. SUS. HOME CARE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. ASTREINTES (TEMA 98). SÚMULA 7/STJ. [...] 2. A sentença julgou procedente em parte a ação para que o recorrente forneça serviço de *home care* [...]. (BRASIL, 2018b) (grifo nosso).**

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE HOME CARE. DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO? ART. 96, CF. DISPONIBILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) PELO SUS. POSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. [...]AGRAVO DE INSTRUMENTO PARCIALMENTE PROVIDO. UNÂNIME. (BRASIL, 2020c) (grifo nosso).**

Em última análise, o julgado selecionado foi do TJRS, em que o paciente pleiteou fornecimento de *home care* acumulado à demanda por medicamentos. Nesse caso, o magistrado acolheu o fornecimento de medicamento necessário à manutenção da saúde do usuário. Entretanto, negou o fornecimento de *home care*, por entender que o demandante precisaria de atendimento não especializado, não sendo necessária enfermagem e atendimento integral no domicílio.

No caso em tela, a demandante poderia utilizar o serviço do Melhor em Casa D1.

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE HOME CARE, FISIOTERAPIA, FONIATRIA E MEDICAMENTOS (BENICAR 40MG, ROSUVASTATINA 10MG, CILOSTASOL 50MG E MEMANTINA 10MG). DEMANDANTE PORTADORA DA PATOLOGIA ESPECIFICADA PELO CID 10 I 69 (SEQUELAS DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS PELO FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE JUSTIFICATIVA PARA FORNECIMENTO DE HOME CARE. RECONHECIDA. AUSÊNCIA DOS MEDICAMENTOS NA LISTAGEM DO SUS. IRRELEVÂNCIA. 1. A prescrição do médico assistente indica nítido caráter assistencial. Em verdade, ao que se verifica, a demandante precisa de cuidador não especializado que a auxilie nas atividades cotidianas. *Home care*, contudo, é atendimento especializado de enfermagem. [...]. (BRASIL, 2018c) (grifo nosso).**

Contudo, a análise dos julgados mostra a realidade da judicialização da prestação de cuidados especializados, na qual os entes federados são polo passivo nas citadas demandas. Resta evidente a solidariedade entre os entes em decorrência de responsabilidade tripartite.

Nesse sentido, torna-se importante uma avaliação inicial do usuário realizada por profissional da área da Saúde indicado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de residência do usuário. Posteriormente, insta a criação de estratégias e fluxos técnico-administrativos com a SES/RS.

A comunicação e padronização de procedimentos administrativos é de suma importância para dar celeridade ao tratamento e para elencar as atribuições e responsabilidades de cada ente no caso concreto. O magistrado ou juiz devem ficar atentos ao relatório supracitado. É através desse relatório que será avaliado se o usuário necessita receber atendimento de internação domiciliar (*home care*); se precisa de cuidados menos complexos, como a visita de profissionais de saúde; ou ainda se demanda um cuidador ou familiar que o acompanhe.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS JUNTO A SES/RS

No ano de 2021, o grupo técnico de judicialização da SES/RS, composto pela AJ e integrantes do quadro técnico da Secretaria, reuniram-se e se debruçaram sobre o tema *home care*. Ocorreram numerosas reuniões da equipe com os departamentos técnicos que constituem a SES/RS: Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE), Departamento de Auditoria, Departamento de Regulação e Gabinete da Secretária Adjunta (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

As demandas de ações em *home care* aumentam a cada ano, conforme histórico cronológico de ações que será exposto. O grupo composto pelos departamentos supracitados foi incumbido de fazer um levantamento inicial de dados e de posteriormente criar mecanismos para redução substancial das ações de forma preventiva.

De fato, conforme demonstrado na Tabela 1, em 2018, a quantidade de ações judiciais sobre *home care* em que o RS era polo passivo já atingia a soma de 33 ações, com custos de R\$ 4.036.288,97. No ano seguinte, os números foram ainda maiores, atingindo a soma de 53 ações, num valor total de R\$ 6.633.063,48.

Cabe destacar que os valores tanto do número de ações como da soma total de valores no ano de 2020 foram inferiores aos dos anos anteriores. Tal justificativa está ligada à pandemia da covid-19, já que a restrição social e o confinamento das pessoas reduziram substancialmente

as atividades sociais. Contudo, no ano de 2020, a soma das ações no corrente ano foi de 19 e os custos chegaram a R\$ 2.117.774,60.

Entretanto, a análise quantitativa do número de ações e dos valores despendidos pelo Estado no ano de 2021 voltou a crescer. Ressalta-se que o levantamento feito faz um recorte dos valores até o mês de junho. Isso demonstra que 2021 tem forte tendência de ser o ano com maior número de ações e com aumento ainda maior nos gastos em decorrência das demandas de *home care*. Até o momento, os números somam 42 ações, com valor de R\$ 7.187.949,09, despendidos do orçamento da SES/RS. Nesses três anos, até o mês de junho de 2021, somaram-se 147 ações, totalizando um custo de R\$19.975.076,14 para os cofres públicos.

Conforme Mapelli Júnior (2017), persistem decisões judiciais fragmentadas na obtenção de medicamentos e produtos de saúde para casos isolados. São ações, muitas vezes, de pacientes-autores que não foram atendidos pelo SUS; a maioria é oriunda da rede privada. Tal situação também é semelhante nas demandas de *home care*, em que médicos da rede privada emitem laudo para obtenção de *home care*. Tais demandas poderiam ser cobertas por políticas públicas do SUS, através das equipes de Atenção Primária vinculadas ao território do paciente.

Salienta-se que, na maioria das ações de *home care*, o beneficiário é somente uma pessoa. Assim, os gastos tornam-se nefastos para o sistema como um todo, indo de encontro com a lógica de um sistema de saúde que deveria beneficiar a todos proporcionalmente.

Na Tabela 1, estão elencados os números de ações no respectivo ano e os valores despendidos pelo ente estadual para custear tais demandas.

Tabela 1 - Quantidade de ações e os respectivos valores por ano

Ano	Quantidade de Ações	Valor das Ações R\$
2018	33	4.036.288,97
2019	53	6.633.063,48
2020	19	2.117.774,60
2021*	42	7.187.949,09
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>19.975.076,14</b>

Nota: Levantamento feito pela AJ da SES/RS no Sistema de Informática Processual - PROA da SES/RS. Processos administrativos e-gov. \*Levantamento parcial do ano de 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores

A Tabela 2 mostra a distribuição de ações por intermédio do Ministério Público, Defensoria Pública e advocacia privada.

Tabela 2 - Distribuição de ações de *home care* na SES/RS

ANO	MINISTÉRIO PÚBLICO	DEFENSORIA PÚBLICA	ADVOGADO PRIVADO
2018	2	10	21
2019	1	7	45
2020	0	7	12
2021*	0	7	35

Nota: Levantamento feito pela AJ da SES/RS no Sistema de Informática Processual - PROA da SES/RS. Processos administrativos e-gov. \*Levantamento parcial do ano de 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme as tabelas demonstrativas acima, a maioria das ações provém de advogados privados. Apenas uma pequena parcela é oriunda de instituições públicas, como Ministério Público e Defensoria Pública.

No ano de 2018, 21 ações foram postuladas por advogados privados, 10 pela Defensoria Pública e somente duas pelo Ministério Público. Em 2019, 45 ações tiveram origem de advogados privados, sete da Defensoria Pública e apenas uma do Ministério Público. Já no ano de 2020, o número de ações reduziu, acredita-se que em decorrência da pandemia da covid-19; no ano, houve 12 ações privadas e sete públicas; não houve demanda do Ministério Público.

Em 2021, os números são referentes ao primeiro semestre e somam 35 ações privadas e sete postulações através da Defensoria Pública. Não houve demandas pelo Ministério Público até o mês de junho. Finalmente, cabe ressaltar que o somatório das ações privadas é de 113 ações de um total de 147, representando 77% das referidas ações.

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos através da AJ da SES/RS, o número de postulações judiciais para a prestação de serviços de *home care* vem aumentando nos últimos anos. São inúmeros os fatores, tais como: o envelhecimento da população; a desorganização do sistema de saúde, que não consegue contemplar o atendimento através de equipes de saúde da localidade do usuário; e principalmente o despreparo do judiciário em lidar com o tema 'saúde'. Em inúmeros casos, faltam para juízes e magistrados o amparo técnico ao enfrentamento de demandas complexas como as de *home care*.

Nesse sentido, ações preventivas são de suma importância, a exemplo das adotadas pela SES/RS que, através da AJ, vem reunindo seu corpo técnico, a fim de que, de forma preventiva,

diminuem as demandas por *home care* das quais o Estado é polo passivo. Além disso, a construção de notas técnicas orientativas junto aos municípios, a padronização de procedimentos, o questionamento acerca da existência de programas, e a disponibilidade de atendimento por profissionais são algumas das alternativas que visam a melhorar a comunicação entre os entes.

Tais atitudes auxiliam o magistrado na sua análise e tomada de decisão acerca de como os procedimentos/materiais devem ser demandados, quais desses o sistema público não dispõe, e quando é necessária a contratação de empresas para prestação do serviço. Uma sugestão para redução das crescentes demandas de *home care* em que o Estado é polo passivo é o envolvimento da Defensoria Pública, Judiciário e PGE/RS nas discussões referente a este tema. Cabe a SES/RS, através de seu quadro de técnicos, disponibilizar orientações junto ao judiciário sobre como avaliar as necessidades do usuário frente a tais demandas.

Por outro lado, envolver os gestores municipais para que participem disponibilizando informações sobre como o município pode contribuir para o caso concreto do paciente que necessita de *home care*. Em algumas situações, o magistrado defere a tutela de urgência de acordo com o artigo 300 do Código de Processo Civil (CPC) (BRASIL, 2015a) e o Estado, caso não cumpra a determinação, fica obrigado à entrega do equivalente em dinheiro, sob pena de sequestro/bloqueio dos valores na sua conta corrente. Ressalta-se aqui a necessidade de ao menos uma avaliação mais completa pelo juiz/magistrado da disponibilidade de programas existentes, equipamentos e profissionais para aquela localidade.

Salienta-se que os preceitos máximos e fundamentadores do Estado Democrático de Direito devem sempre ser confrontados com a realidade financeira dos entes públicos, que é sabidamente incerta e em muitos casos lastimável. Nesse sentido, entende-se que o fornecimento de tratamentos não contemplados pelo SUS deve ser destinado para quem de fato necessita, uma vez que tais serviços, de forma derradeira, não se encontram disponíveis nas políticas implementadas pelos entes da federação.

O RS sofre com a crescente judicialização na área da Saúde. As demandas para prestação de serviços de atenção domiciliar acompanham o aumento substancial do número de ações. Conforme Mapelli Júnior (2017), o pensamento tradicional do judiciário – que ainda não adicionou aos conhecimentos o sanitarismo e que parece desconhecer o funcionamento do SUS – passa a ideia pouco clara de que a Constituição de 1988 teria garantido a saúde em termos amplos, como algo não definido pelo Direito e sendo o poder público condenado a fornecer o que o médico prescreve.



Portanto, no sistema atual, a prescrição/requisição médica seria a fonte onipotente do juiz, já que a integralidade da assistência é o princípio constitucional do SUS. Nesse diapasão, processos técnicos no SUS, como: procedimentos técnico-administrativos, organização dos programas de saúde e divisão de competências administrativas não são trazidos à tona. (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Informações extraídas do Plano Estadual de Saúde 2020/2023 da SES/RS mostraram um aumento nas demandas de residuais (modalidade em se enquadram as demandas de *home care*). Contudo, a análise dos dados disponibilizados pela AJ da SES/RS junto ao sistema de processos administrativos do Estado do Rio Grande do Sul (PROA), corroboram com o aumento das proposituras judiciais contra o Estado, mostrando um acréscimo nas demandas em 2019 comparado com 2018 e uma forte tendência de aumento para o ano de 2021.

Pedrete (2019, p. 55) descreve que a judicialização da atenção domiciliar tem um caráter controverso, “deveria ser considerada a exceção, e não a regra”.

Conforme fragmento supramencionado, fica evidente o despreparo do judiciário para decidir questões complexas na área da Saúde, sendo imprescindível o apoio técnico de profissionais da Saúde para subsidiar as decisões judiciais. O uso cada vez mais acentuado de ações judiciais para demandar do Estado a prestação do direito à saúde tem colocado os profissionais do Direito, advogados, juízes, magistrados, e procuradores, novos desafios nas suas atividades, pois em regra suas formações acadêmicas não os preparam para tais demandas (WANG, 2009).

Portanto, através da análise dos julgados selecionados neste trabalho, foram identificados alguns equívocos que juízes e magistrados cometem ao se analisarem as demandas judiciais de *home care*. É necessário um suporte técnico (orientações de profissionais da Saúde) ao judiciário e a PGE/RS para que se incluam nos processos os planos de verificação (análise da Rede de Saúde local) pelos municípios com a devida disponibilidade e a necessidade de profissionais e equipamentos para o caso concreto. Ressalta-se, por fim, que é importante para a disponibilidade dos serviços de *home care* manter-se o foco sempre na questão fática, na busca por um olhar nas estruturas locais e nas políticas públicas já implementadas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O RS é um dos entes estatais com um dos maiores índices de judicialização do Brasil. O trabalho aborda, de forma crítica, as ações judicializadas contra o Estado referente à prestação de serviços de *home care*. A transição demográfica na sociedade gaúcha está acelerada em decorrência da redução acentuada da fecundidade e de elevados indicadores de envelhecimento

populacional. O Estado é o ente da federação com a população mais envelhecida, corroborando para uma maior demanda em atendimento e internação domiciliar, já que a população idosa está com maior expectativa de vida em decorrência das melhorias na prestação à saúde e melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, o artigo traz a discussão os dados obtidos junto a SES/RS nos anos de 2018, 2019, 2020 e os primeiros meses de 2021, tais dados comprovam um aumento nas demandas e custos na prestação de *home care*. A análise dos dados é clara: no decorrer dos últimos três anos, houve um aumento substancial no número de ações, conseqüentemente, aumento dos custos com a prestação de serviços de *home care*.

Além disso, a maior parte das demandas (77%) de concessão de *home care* em que o RS é polo passivo é oriunda de advogados privados, os quais defendem pacientes que utilizam a assistência médica privada. A jurisprudência dos tribunais vai de encontro à ideia assistencial da Carta Magna de 1988. Pela análise dos julgados, identificou-se uma série de equívocos de juízes e magistrados, demonstrando interpretações errôneas sobre atendimento domiciliar e *home care*.

Entretanto, cumpre destacar que o atendimento a prestações de internação domiciliar não deve ser concedido de modo indistinto e apenas para comodidade ao paciente e aos seus familiares, sendo necessária, para concessão do serviço, fundamentação médica bem elaborada, com as devidas indicações. Destaca-se que a internação por *home care* não substitui os cuidados prestados por familiares e cuidadores, tendo um cunho de prestação médica realizada na casa do usuário do SUS; por uma equipe multidisciplinar destinadas a pacientes estáveis oriundos da internação hospitalar.

Contudo, ações preventivas são de suma importância para redução da judicialização da Saúde. A experiência demonstrada na SES/RS é um bom exemplo. Grupos técnicos foram criados para subsidiar a PGE/RS, e com o propósito de orientar gestores municipais, Defensoria Pública e Poder Judiciário.

Em vista dos argumentos apresentados, fica clara a necessidade de uma comunicação entre as áreas técnicas e o judiciário para que, através de ações técnico-administrativas, sejam minimizadas as demandas jurídicas de *home care*, identificando-se entraves e se impedindo o subjetivismo e a arbitrariedade do Estado-juiz. A reavaliação periódica por profissionais da área da Saúde acerca da real necessidade de manutenção do atendimento no domicílio do paciente é imprescindível, pois evita contratações desnecessárias pelo Estado. Essa comunicação com os municípios é de suma importância e, para tanto, faz-se necessária a criação de fluxos predefinidos para comunicação e acompanhamento desses pacientes.

Uma solução para melhorar a comunicação entre SES/RS, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública seria a cooperação Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com esses órgãos, propondo-se fluxos de informações com o judiciário e demais órgãos, informando da real necessidade do paciente, que demanda por internação domiciliar (*home care*). Cabe destacar que o referido fluxo deverá conter as responsabilidades de cada ente pelos atendimentos, com a descrição e a disponibilização de equipamentos e materiais necessários para a prestação de atendimento de internação domiciliar, cabendo aos entes federados a disponibilização das informações para o poder judiciário e ao *Parquet* a fiscalização dos procedimentos acordados nos termos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 04 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº. 13.105, de 16 de março de 2015a**. Código Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SIS Nº 16, DE 2021. Regulamenta o Programa de Atenção Domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde. Disponível em: <https://adm.senado.leg.br/normas/ui/pub/normaConsultada;jsessionid=D8A5466D6B6873C966CEE2F832C83AC9.tomcat-2?0&idNorma=14378884>. Acesso em 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar?view=default>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria de consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017a**.\_Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao---o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n. 6 de 28 de setembro de 2017b**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf). Acesso em: 04 mar. 2024.

BRASIL. **Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016a**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827). Acesso em: 04 mar. 2024.

BRASIL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023**. Organização Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021a. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **REsp: 1726469 RJ 2018/0042885-6**. Relator: Min. Mauro Campbell Marques. Brasília-DF, 04 jun. 2018a.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **REsp: 1761192 PE 2018/0197761-2**. Relator: Min. Herman Benjamin. Brasília-DF, 13 nov. 2018b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Emb. Decl. no Recurso Extraordinário 855.178 SERGIPE**. Relator: Min. Luiz Fux. Brasília-DF, 23 maio 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE: 1301670 PR 0001701-95.2019.8.16.0070**. Relator: Min. Alexandre de Moraes. Brasília-DF, 13 abr. 2021b.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **AI: 20547436720168260000 SP**. Relator: Des. Paulo Galizia. São Paulo-SP, 11 abr. 2016b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Agravo de Instrumento 70083615450 – RS**. Relator: Des. Francisco José Moesch. Porto Alegre-RS, 07 maio 2020c.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **AI: 70079251633 RS**. Relator: Des. Ricardo Torres Hermann. Porto Alegre-RS, 14 nov. 2018c.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região. **AI 00059564320164020000 RJ**. Relatora: Des. Nizete Lobato Carmo. Rio De Janeiro-RJ, 07 nov. 2016c.

BÜHRING, Marcia Andrea. **Mobilidade, fronteiras & direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

CONSELHO Nacional de Justiça (CNJ). **Justiça em Números 2023 / Conselho Nacional de Justiça**. – Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/08/justica-em-numeros-2023.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2024.

CONSELHO Nacional de Justiça (CNJ). **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília-DF: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2024.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 12, n. 5, pp. 721-726, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500004>. Acesso em: 2 mar. 2024.

FARIA, Luzardo. Da judicialização dos direitos sociais à necessidade de respeito administrativo aos precedentes judiciais: uma análise empírica da jurisprudência do trf4 sobre direito à saúde. **Revista Digital de Direito Administrativo**, São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 366-341, dez. 2015.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: JusPOOIVM, 2017.

GOMES, Josiane Araujo. **Contratos de planos de saúde**. 2. ed. Leme, SP: Mizuno, 2020.

JESUS, Thiago Alisson Cardoso de; KZAM Samuel Duarte. A judicialização do direito à saúde e as principais medidas tomadas pelo CNJ para a resolução da questão. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas**,

Brasília, v. 2, n. 1, pp.1-22, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9881/2016.v2i1.531>. Acesso em: 04 mar. 2024.

NUNES JÚNIOR, Flávio Martins. Curso de direito constitucional. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.1061, jan./jun. 2017.

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** [online], v. 15, n. 2, pp. 88-95, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>. Acesso em: 04 mar. 2024.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção pública**. Rio de Janeiro: Ateneu, 2017.

PEDRETE, Leonardo do Amaral. **Crônicas invisíveis na capital brasileira da judicialização da Saúde**. Orientadora: Profa. Dra. Claudia Lee Williams Fonseca. 2019. Tese (Doutor em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 5, pp. 1863-1877, maio. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Acesso em: 04 mar. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul de 1989**. Texto constitucional de 3 de outubro de 1989 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n.º 1, de 1991, a 81, de 2021. Disponível em: [http://www2.al.rs.gov.br/dal/LinkClick.aspx?fileticket=9p-X\\_3esaNg%3D&tabid=3683&mid=5358](http://www2.al.rs.gov.br/dal/LinkClick.aspx?fileticket=9p-X_3esaNg%3D&tabid=3683&mid=5358). Acesso em: 10 mar. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Estrutura da Secretaria**. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/estrutura-da-secretaria>. Acesso em: 10 mar 2024.

SARLET, I.; FIGUEIREDO, M. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, pp. 171-213, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SOUZA, Ana Paula Lima de Jesus. O duplo papel da judicialização da saúde: Limites e desafios. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas**, Goiânia, v. 5, n. 1, pp. 45-59, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9881/2019.v5i1.5535>. Acesso em: 27 set. 2023.

WANG, D. W. L. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Direito Sanitário**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, pp. 308-318, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p308-318>. Acesso em: 27 set. 2023.