

**XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO
CONPEDI BUENOS AIRES –
ARGENTINA**

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II

ANTÔNIO CARLOS DINIZ MURTA

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

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

Diretoria - CONPEDI

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

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

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

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

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

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

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

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

Conselho Fiscal:

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

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

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

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

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

Secretarias

Relações Institucionais:

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

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

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

Comunicação:

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

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

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

Relações Internacionais para o Continente Americano:

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

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

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

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

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

Eventos:

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

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

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

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

D597

Direito Administrativo e Gestão Pública II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Antônio Carlos Diniz Murta; Saulo De Oliveira Pinto Coelho. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-758-8

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

Tema: Derecho, Democracia, Desarrollo y Integración

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito administrativo. 3. Gestão pública. XII Encontro Internacional do CONPEDI Buenos Aires – Argentina (2: 2023 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II

Apresentação

Novamente nos encontramos em um encontro internacional do CONPEDI, repetindo o bem sucedido encontro realizado em Santiago de Chile em 2022. Tendo, na cidade de Buenos Ayres, como cenário e local de realização a belíssima arquitetura romana da Faculdade de direito da Universidade de Buenos Aires, circundada por inúmeros Museus e atrações gastronômicas, dois fatos chamam a atenção para este período. Inicialmente, o fato da Argentina estar vivendo um momento bastante polarizado quando das vésperas da realização do 1º turno da eleição presidencial. Na sequência, considerando o cenário jurídico brasileiro, estávamos às vésperas do encerramento dos trabalhos do relator da reforma tributária junto ao Senado Federal após ter tramitado e sido aprovada, com algumas alterações a PEC n.º 45. Trata-se certamente da maior alteração na exação consumerista no sistema tributário nacional em décadas, afetando não todos os setores da economia bem como a balança de poder entre os Estados e Municípios, fazendo-nos repensar inclusive a existência do próprio pacto federativo. A referida reforma seria um antecedente ao que já se denomina a reforma administrativa. Reforma esta que buscará fazer com que tenhamos uma administração mais adequado à sociedade brasileira. Vivemos, pois, tempos de reforma em execução ou em pretensão. E o CONPEDI não poderia descurar de continuar sua luta contínua de estudar o direito brasileiro e propor com a qualidade de suas publicações medidas efetivas para aprimorar as relações entre os brasileiros e estes e a própria administração pública.

Boa leitura a todos !

**GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIÁLOGO E COOPERAÇÃO PARA
REFORÇO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SUS COMO ESTRATÉGIA
DE DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

**MANAGEMENT AND PUBLIC POLICIES: DIALOGUE AND COOPERATION TO
STRENGTHEN THE FEDERATIVE COORDINATION OF SUS AS A STRATEGY
FOR DE-JUDICIALIZATION OF HEALTH**

**Alessandra Brustolin
Paulo Roberto de Oliveira Hara Junior
Pedro Borges de Lima Salgado**

Resumo

A pesquisa promove uma profunda análise acerca do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, e realiza uma reflexão a respeito da busca pelo fortalecimento federativo do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa assegurar o direito constitucional sem sua judicialização. O artigo desenvolve um exame da previsão constitucional do direito à saúde, assegurado de maneira universal, igualitária, gratuita e integral, tratando-se não só de um direito individual, mas coletivo, sendo alicerce da garantia de outros direitos constitucionais, como a vida e a dignidade da pessoa humana. O foco são as relações federativas realizadas de maneira descentralizada, regionalizada e hierarquizada, que tem como fim a garantia da efetivação de uma das mais importantes políticas públicas do Brasil. Com isso, questionou-se por que o fortalecimento da coordenação federativa do SUS pode contribuir para a desjudicialização da saúde? O método utilizado foi o hipotético dedutivo. Os resultados demonstram que o aperfeiçoamento da coordenação federativa do SUS e a ampliação da oferta de bens e serviços enquanto uma iniciativa a ser compartilhada pelas instâncias de governo de forma dialógica e colaborativa podem apontar o caminho. Foi possível concluir que a utilização de instrumentos de reforço na coordenação federativa do SUS podem contribuir para a desjudicialização da saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas, Sus, Judicialização da saúde, Federalismo cooperativo, Diálogos institucionais

Abstract/Resumen/Résumé

The research promotes a deep analysis of the right to health, provided for in the Federal Constitution of 1988, and reflects on the search for the federative strengthening of the Unified Health System (SUS), which aims to ensure the constitutional right without its judicialization. The article develops an examination of the constitutional provision of the right to health, ensured in a universal, egalitarian, free and integral way, in the case of not only an individual right, but a collective one, being the foundation of the guarantee of other constitutional rights, such as life and health. the dignity of the human person. The focus is on federative relations carried out in a decentralized, regionalized, and hierarchical manner,

which aims to guarantee the implementation of one of the most important public policies in Brazil. With that, it was questioned why the strengthening of the federative coordination of the SUS can contribute to the dejudicialization of health? The method used was the deductive hypothetical. The results demonstrate that the improvement of the federative coordination of the SUS and the expansion of the offer of goods and services as an initiative to be shared by the government instances in a dialogic and collaborative way can point the way. It was possible to conclude that the use of reinforcement instruments in the federative coordination of the SUS can contribute to the dejudicialization of health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policy, Sus, Judicialization of health, Cooperative federalism, Institutional dialogues

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde se tornou uma difícil questão trabalhada pela academia sob diferentes vieses. No Brasil, o debate foi intensificado a partir de 2009 e ao longo dos anos, tornou-se parte de uma discussão político-institucional que atinge os múltiplos níveis de governo. Mas, apesar de um tema aparentemente bastante explorado, ainda impõe muitos desafios e controvérsias.

A questionável legitimidade do Poder Judiciário brasileiro para interferir nas escolhas feitas pelos outros Poderes diante da ofensa ao preceito democrático se choca com a função política da jurisdição constitucional. Mesmo resolvendo o problema do *déficit* democrático, corre-se o risco de comprometer o próprio arranjo político.

Uma das características centrais da experiência brasileira pós-88 tem sido o crescente papel institucional do Poder Judiciário no espaço público do país. As promessas constitucionais não efetivadas, notadamente, aquelas que demandam uma prestação material do Estado e envolvem, por consequência, carga financeira para sua implementação se tornaram objeto de reivindicações judiciais cada vez mais frequentes.

Os direitos fundamentais em geral e, particularmente os direitos sociais, tem ocupado papel de destaque nas discussões travadas no âmbito constitucional brasileiro e é atualmente um dos principais temas de debate no cenário de discussão global, como é o caso do direito à saúde. A judicialização é um problema que ainda não foi contornado.

Com isso, o artigo busca explorar outros campos como estratégia de desjudicialização no âmbito da própria gestão pública. A proposta é incipiente e tem como ponto de partida o seguinte questionamento: por que o fortalecimento da coordenação federativa do SUS pode contribuir para a desjudicialização da saúde? A hipótese a ser demonstrada é que a inserção de mecanismos que oportunizem o diálogo e a colaboração a partir da própria gestão pública podem contribuir para o avanço na temática. O método utilizado é o dedutivo.

2 A ABRANGÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE NO TEXTO CONSTITUCIONAL DE 1988

No histórico de Constituições brasileiras anteriores, a CF/88 é inédita em ao ser a primeira Constituição com a reserva de uma gama de artigos voltados para a proteção e promoção da saúde (JÚNIOR; PAVANI, 2013, p. 80). Além disso, confere esse direito a toda e qualquer pessoa, sem

nenhuma distinção e impõe ao Estado, em contrapartida, algumas obrigações. Considerando essa inovação e que a CF/88 ocupa o posto mais alto na hierarquia normativa, irradiando perante todo o ordenamento, justifica-se a opção da análise a partir do texto constitucional, partindo para canais de produção acadêmica nesse sentido (BRUSTOLIN, 2022).

Ainda que não se pretenda realizar uma análise histórica, o contexto em que a Constituição vigente foi promulgada também será, em alguns momentos, pano de fundo. Quando se fala em “saúde” no Brasil, é necessário concentrar esforços para compreender o que isso significa nos termos da CF/88. Após o período de regime autoritário, a pessoa humana precisava voltar a ser o “[...] ator principal no pacto constitucional” (RAEFRAY, 2005, p. 259). O governo necessitava recuperar a confiança da população, sobretudo a parcela menos favorecida. Atrelado a isso, as influências pela valorização da pessoa humana, fizeram com que a CF/88 aderisse às definições internacionalmente estabelecidas de saúde. A definição internacional de saúde até hoje prevalece nos países analisados (NAKAMURA; CAOBIANCO, 2019, p. 64). Mas algumas divergências recaem sobre essa definição.

Para além das influências do cenário internacional, a Assembleia Constituinte de 88 e a promulgação da CF/88, foram entusiasmadas por uma “consciência de seu direito à saúde” (DALLARI, 1988, p. 57) adquirida pela sociedade brasileira na década de 80. Esse despertar foi tanto daqueles que durante o período autoritário tiveram seus direitos totalmente esquecidos e que ainda se encontravam à margem do mercado consumidor, quanto (e principalmente) das elites econômico-sociais que reivindicavam a garantia de seu direito à saúde (DALLARI, 1988, p. 57).

As bases da saúde no Brasil, como é atualmente concebida, começaram a se delinear ao final dos anos 80, quando o modelo de saúde vigente já estava em declínio, diante dos elevados custos da assistência médica, da recessão econômica e da crise fiscal do Estado que refletia diretamente na Previdência Social (RAEFRAY, 2005, p. 260). A indústria farmacêutica foi sucateada e os profissionais da saúde, sobretudo a comunidade médica, reivindicavam melhores condições de remuneração e recursos para financiar um novo sistema de saúde (RAEFRAY, 2005, p. 260-261), com o equacionamento entre o papel e a remuneração do trabalho médico. Some-se a isso, o movimento de organização da sociedade com a crescente sindicalização (RAEFRAY, 2005, p. 259).

A saúde foi parte da articulação que orbitava em torno de uma significativa mudança com relação à prestação dos serviços de saúde. A Constituinte de 88, muitas vezes referida como um

processo democrático e de participação cidadã, na verdade, por não ter enfrentado propriamente as problemáticas que envolviam a desigualdade de oportunidade e aqueles relacionados à ausência de confiança nas instituições, representa um período pós autoritarismo que mais levou o país a uma “situação democrática”, do que a um regime democrático consolidado (RAEFRAY, 2005, p. 259).

A aprovação da CF/88 foi controvertida e o resultado do texto aprovado culminou em um “acordo” entre setores público e privado (RAEFRAY, 2005, p. 274), que refletia a pressão exercida por esses setores que buscavam introduzir no texto normas que atendessem os seus interesses. A institucionalização do direito à saúde “[...] sepulta o modelo excludente do Seguro Social, até então adotado pela Previdência Social” (RAEFRAY, 2005, p. 265). Mas a saúde é instituída na CF/88 enquanto um dos objetivos da seguridade social e incorporada na norma constitucional brasileira como um direito fundamental social, nos termos do “Título II”, “Capítulo II” e especificamente do artigo 6º da CF/88 (BRASIL, 1988).

Nos termos do artigo 196 da CF/88, a saúde é percebida em dois aspectos principais: um direito, de acesso *universal, igualitário, gratuito e integral*; e, por outro lado, um dever, enquanto *responsabilidade estatal* (BRASIL, 1988). Com relação à segunda perspectiva é que segue a análise com base no texto constitucional. As noções dessa primeira via estão relacionadas com os próprios princípios do sistema de saúde brasileiro.

Na organização da política de saúde brasileira o sistema de saúde se encontra em papel de destaque. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/90 (Lei do SUS), conta com uma série de princípios definidos pela CF/88 e que ordenam a sua atuação. Os princípios que são a base do direito à saúde na ordem constitucional brasileira igualmente compreendem os objetivos e fundamentos do SUS e fazem parte das suas diretrizes (BRUSTOLIN, 2022).

Aplicam-se ao SUS, conforme o artigo 194 da CF/88, os princípios da universalidade da cobertura e do atendimento (inciso I); uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais (inciso II); equidade na forma de participação no custeio e a diversidade na base de financiamento (inciso V); e o caráter democrático e descentralizado da administração (inciso VII). (RAEFRAY, 2005, p. 280).

O acesso universal ao SUS complementa a ideia do artigo 196 da CF/88, da saúde como um direito-dever. Compreendida em um sentido amplo de completo bem-estar que implica ao Estado a adoção de medidas: “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), para a sua garantia. A universalidade de acesso integra uma das bases do próprio direito à saúde nos termos do artigo 196 da CF/88 e do SUS quando expressamente consagrada no artigo 194, p. ú, inciso I da CF/88.

A universalidade da saúde quando se refere a um atendimento que atenda a todas as pessoas é um objetivo amplo e que defronta com vários problemas. O primeiro aspecto do direito à saúde, que compreende a universalidade, igualdade, gratuidade e integralidade, assegura o acesso à saúde pública a todas as pessoas sem distinções. Quaisquer que sejam suas condições financeiras, rico ou pobre, a todos é garantido o acesso independentemente de contraprestação (BRUSTOLIN, 2022).

O artigo 196 do texto constitucional desde logo aponta o caráter de universalidade do direito à saúde (e do próprio SUS), como direito de todos e de cada um [...]. Vigente, pois, o princípio da universalidade no sentido de que o direito à saúde é reconhecido a todos pelo fato de serem pessoas, o que não impede diferenciações na aplicação prática da norma, especialmente quando sopesada com o princípio da igualdade – o que é o bastante para demonstrar que embora correlacionados, tais princípios não se confundem (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3202-3203).

Na base dos princípios da universalidade e igualdade, a tutela da saúde é condicionada a um único fator: ser (*qualquer*) pessoa. Trata-se, portanto, de uma definição inclusiva, ampla e aberta que acolhe todo aquele que se encontrar em território nacional, com caráter nitidamente inclusivo (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3203). É preciso considerar que a titularidade universal não se confunde com o princípio de universalidade de acesso ao SUS, que eventualmente pode sofrer restrições em razão das circunstâncias do caso concreto, prevalecendo o princípio da igualdade (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 119).

As noções de universalidade e igualdade remetem ao indivíduo. Por isso, em uma primeira leitura parece que o Constituinte quis “privilegiar” a saúde individual. Mas segundo Júnior e Pavani (2013, p. 85), é justamente por ser este direito conferido individualmente a todo o ser humano, tendo acesso indistinto em todo o território nacional aos serviços de saúde, que se reconhece o seu *interesse coletivo*. Isso ocorre porque a *universalidade da cobertura e do atendimento* também compreende as noções de “universalidade” e “igualdade” pela ótica do SUS. Mais que isso, é o “[...] o fundamento do modelo constitucional adotado para a proteção da saúde no Brasil” (RAEFRAY, 2005, p. 279).

O direito à saúde na CF/88, é caracterizado universalidade no sentido *individual* (enquanto “direito de todos”), o que é reforçado no artigo 196 da CF/88; e, em sentido *coletivo*, conforme sugere o artigo 194, p. ú, I, da CF/88. Da interpretação do texto constitucional brasileiro, Sarlet,

Figueiredo e Raefray sustentam que a saúde seria um *direito tanto individual, quanto coletivo* (RAEFRAY, 2005; FIGUEIREDO, 2010; SARLET, FIGUEIREDO, 2013).

Silva (2010, p. 77), por outro lado, sugere que há uma conclusão intuitiva no sentido sustentado pelos autores em razão da utilização do termo “proteção” pelo texto constitucional. Todavia, em uma análise mais profunda, o direito à saúde enquanto tutela *individual e coletivamente considerada* não pode ser sustentada. O que existe, segundo o autor, é um *direito individual de um lado e um interesse coletivo de outro* (SILVA, 2013, p. 736).

A gratuidade, por sua vez, está implícita no texto constitucional, também no citado artigo 196 da CF/88 (BRASIL, 1988). “Em decorrência deste [princípio], proíbe-se toda e qualquer forma de cobrança do usuário por ações, serviços e equipamentos públicos de saúde” (JÚNIOR; PAVANI, 2013, p. 88). Considera-se que a noção de “gratuidade” embora não conste expressamente no texto constitucional, é literal (JÚNIOR; PAVANI, 2013, p. 88).

O artigo 3º da CF/88 anuncia que o campo da saúde está amparado sobre os conceitos de direito e justiça, ao estabelecer como objetivos fundamentais da República: a liberdade, justiça e solidariedade; garantia do desenvolvimento nacional; erradicação da pobreza e da marginalização, com a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem comum de forma igualitária. Eles são elencados como determinantes para a proteção e promoção da saúde na ordem internacional, especialmente nos documentos já mencionados (NORONHA; PEREIRA, 2013, p. 19-20).

Deste modo, em uma interpretação literal da CF/88 a saúde parece consistir em um fator chave para garantia de outros direitos fundamentais, como, por exemplo, a própria vida. A leitura do artigo 200 da CF/88, quando o texto constitucional estabelece os bens a serem tutelados e as ações a serem desenvolvidas no âmbito do SUS, parece ser especialmente responsável por tal interpretação.

3 FEDERALISMO COOPERATIVO E O DESEQUILÍBRIO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O SUS representa “[...] um dos mais importantes exemplos de coordenação federativa na área da execução de políticas públicas do Brasil” (SILVA, 2010, p. 565). O texto constitucional atribui competências nesse âmbito a todos os entes federados, além de estabelecer que o financiamento deste sistema único será por meio dos recursos do orçamento da seguridade social em todas as esferas de governo, além de outras fontes (SILVA, 2010, p. 565). Assim, o sistema é

organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, de atendimento integral e com a participação da comunidade, nos termos do artigo 198 da CF/88 (BRASIL, 1988).

O artigo 6º da Lei 8.080/90 (Lei do SUS), ressalta a integralidade do sistema de saúde ao dispor sobre as ações que são incluídas no campo de atuação do SUS. Nos termos da alínea “d” do inciso I da Lei 8.080/90 garante-se a assistência terapêutica *integral, inclusive farmacêutica*” (grifo nosso) (BRASIL, 1990).

Também a legislação infraconstitucional na regulamentação do sistema de saúde instituído pela CF/88 reforça que a assistência garantida pelo texto legislativo sem que sejam definidos eventuais “limites”. Essa é a causa de uma série de problemas, dentre eles a busca pelo judiciário para a determinação de tratamentos, fornecimento de medicamentos, próteses e outras demandas de saúde.

No ano de 2011 foi editada legislação buscando estabelecer o alcance dos princípios da universalidade e da integralidade dentro do SUS. A Lei 12.401/2011 e o Decreto 7.508/2011 que respectivamente alteram e regulamentam a Lei 8.080/90 (Lei do SUS), são editados com o objetivo de traçar algumas balizas sobre o aspecto de “integralidade” do SUS.

A Lei 12.401/2011 inclui o “CAPÍTULO VIII” na Lei 8.080/90 instituindo algumas regras no âmbito dos medicamentos. A legislação estabelece que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas devem indicar os remédios ou produtos necessários para o tratamento de doenças e que os medicamentos são avaliados “quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade” (BRASIL, 2011).

O artigo 19-T (BRASIL, 2011) veda em todas as esferas de gestão do SUS, o pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, bem como a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado não autorizados ou sem registro perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2011).

A Lei parece conduzir uma interpretação textual no sentido de não respaldar, no âmbito do SUS, a concessão de “medicamentos sem registro na ANVISA”, tenham eles a sua eficácia comprovada com o registro em outras entidades, ou não. A lei não faz tal diferenciação, mas veda, em todos os casos o fornecimento de medicamento sem registro no órgão nacional (BRUSTOLIN, 2022).

Poderia parecer simples, portanto, afirmar que medicamentos dessa natureza não suscitam maiores discussões, já que a legislação veda expressamente a sua “[...] dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso” (BRASIL, 1990). Todavia, a concessão desse tipo de medicamentos tem ocupado um papel singular nas discussões sobre a judicialização da saúde no Brasil.

É também em 2011 que foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, pela Lei 12.401/2011. A Comissão, “[...] tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relacionadas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde no SUS. Além disso, a Comissão também trabalha na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).” (CONITEC, 2022).

De acordo com Silva (2010, p. 553) pode-se considerar que a CF/88 molda um modelo de federalismo *cooperativo*, sendo esta ideia inédita no texto constitucional brasileiro, com o reforço pela CF/88 do papel dos estados e municípios no arranjo federativo (SILVA, 2010, p. 563). O texto constitucional define competências aos entes federados legislativas e não legislativas, e é neste segundo caso que se encontram as políticas públicas (SILVA, 2010, p. 563). As competências “políticas” como é o caso das políticas públicas requerem uma ação estatal (SILVA, 2010, p. 563).

O federalismo pode ser entendido como uma forma de organização do poder do Estado com um nível de governo central, de caráter nacional, e outro descentralizado, constituído pelos governos subnacionais, em que ambos os níveis têm autonomia territorial, e os representantes de cada governo têm poderes exclusivos e concorrentes sobre o mesmo território e população; e as políticas públicas são programas e ações governamentais com impactos sobre a população, que traduzem os propósitos dos governos (VIEIRA; SERVO, 2020, p. 102).

O processo de formulação de políticas públicas não é particularmente preciso (BRYNER, 2010, p. 317) e as burocracias que compreendem a formulação das políticas públicas integram uma rede de atores políticos (BRYNER, 2010, p. 315).

[...] uma perspectiva sobre a administração pública fundamentada em políticas públicas concentra-se nas enormes expectativas em relação às organizações e nos enormes desafios que enfrentam ao tentar satisfazer valores concorrentes e muitas vezes contraditórios. Esses valores entram em conflito no interior das organizações burocráticas, uma vez que elas interagem com outras instituições políticas e que operam na distribuição mais geral de poder econômico, social e político (BRYNER, 2010, p. 316).

Isso demonstra que algumas deficiências recaem sobre o complexo processo de formulação e implementação das políticas públicas que envolvem a administração e, sobretudo, a

compreensão de que a administração é política. De modo que “[...] as burocracias públicas estão alinhadas no interior de uma rede de atores políticos” (BRYNER, 2010, p. 315).

De acordo com Bryner (2010, p. 317-318), o processo de formulação de políticas públicas se inicia quando são identificados problemas sociais e econômicos que podem ser resolvidos por esforços governamentais; o segundo passo, é a formulação de um programa e a sua colocação na agenda de políticas da administração, seguindo para aprovação e autorização da implementação do programa, com a atribuição de fundos suficientes; por fim, a implementação é o terceiro e mais complexo passo no processo de políticas públicas, porque compreende a interpretação da intenção legislativa, o equilíbrio entre estruturas e processos administrativos e revisão de discussões parlamentares. A efetividade dos direitos sociais esbarra nessas questões que são essencialmente políticas e próprias da vida pública.

A convergência de fatores que envolvem a saúde na ordem constitucional é complexa. Além disso, esbarra com uma série de problemas. Muitos destes decorrem do próprio arranjo federal definido pela CF/88 e a articulação das competências não legislativas na execução das políticas públicas (SILVA, 2010, p. 549).

Reiteradamente reforçados pelo texto constitucional, a *universalidade* e a *integralidade* enquanto “proteção social plena” (RAEFRAY, 2005, p. 301) são os grandes objetivos da política constitucional de saúde no Brasil. Porém, a dificuldade se concentra justamente em estabelecer o que significa e até onde vai essa “plenitude” no cenário fático, consideradas todas as suas variantes.

Os princípios da universalidade, da igualdade e da gratuidade não se confundem (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3202-3203). Mas a relação destes três princípios, considerada no plano fático, até hoje sugere enredamento quando confrontada com o problema da escassez de recursos. Ao longo dos anos, não foram poucas as discussões sobre os problemas de eficácia e efetividade da norma constitucional no âmbito dos direitos sociais, diante das limitações orçamentárias. Essa parece ser ainda uma das preocupações que ocupa o cerne dos debates em matéria de saúde (WANG; VASCONCELOS; OLIVEIRA; TERRAZAS, 2014).

Quando se fala na concretização universal e integral da saúde, isso esbarra em uma série de problemas que serão sintetizados com a expressão “escassez de recursos”. São eles: 1) o estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para a sua garantia (BOBBIO, 1992); 2) a colisão entre questões orçamentárias no tema da despesa em saúde quanto ao controle social da despesa pública

e a garantia do direito integral à saúde (LUHMANN, 1985); 3) modificação dos procedimentos e incorporação de tecnologias na área da saúde, o que encarece os tratamentos e o problema da “farmaceutização” da saúde (BIEHL; PETRYNA, 2016, p. 183).

Some-se a isso tudo o período de políticas de austeridade vivenciado no Brasil, aceleradas e intensificadas a partir do governo provisório de Michel Temer e aprofundadas no governo de Jair Messias Bolsonaro (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 194). Das “ações de desmonte” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195) na saúde, durante os anos 2016, 2017 e 2018 no governo Temer destaca-se, principalmente, a aprovação da “Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016” (BRASIL, 2016), sem contar o colapso do sistema de saúde brasileiro diante da pandemia da COVID19, agravado pela desastrosa atuação do atual presidente Jair Messias Bolsonaro.

Do ponto de vista da coordenação federativa, a atuação do ex-presidente durante o período pandêmico é preocupante, pois causou desequilíbrios significativos que vão desde a posição contrária às medidas para contenção da transmissão do coronavírus, passam por ações questionáveis do Ministério da Saúde e desaguam nos embates do ex-presidente como governadores e prefeitos.

[...] foi explícita a posição contrária do presidente da República às medidas de distanciamento social horizontal, as quais foram reconhecidas como as mais efetivas para a contenção da transmissão do coronavírus. Também foram *irrestritas as suas críticas aos governadores e prefeitos* que adotaram tais medidas, atribuindo a eles responsabilidade pela recessão econômica que se seguirá à crise sanitária, em uma contraposição entre economia e saúde. Ademais, sua decisão para que o Ministério da Saúde (MS) recomendasse o uso amplo de cloroquina e hidroxiclороquina no tratamento da Covid-19 resultou na queda de dois ministros e na publicação de uma ‘orientação’ sobre o uso precoce desses medicamentos no tratamento da doença, a despeito de as evidências científicas não embasarem a sua indicação nesse caso até o momento. Os embates do presidente da República com governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de que a competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é concorrente em matéria de saúde e que, portanto, todos os entes da federação têm autonomia para tomar providências normativas e administrativas relacionadas à Covid-19. Entretanto, essa decisão não pôs fim às divergências ou gerou espaço para uma ampliação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia (VIEIRA; SERVO, 2020, p. 102).

A CF/88 não define o que significa “garantir a saúde” (RAEFRAY, 2005, p. 301; SARLET, p. 20). Há “[...] um problema de definição mais precisa do conteúdo das prestações, sendo insuficientes as referências constitucionais às noções de cura, prevenção ou promoção (art. 196), assim como a um imperativo genérico de “integralidade” (art. 198, II, CF)” (SARLET, 2008, p. 20). Essa interpretação, segundo Silva (2010) fica a cargo do intérprete. Daí, por si só, já

decorrem uma série de problemas, dentre eles, a judicialização que se tornou uma complexa controvérsia político-institucional, atingindo os múltiplos níveis de governo. O desequilíbrio entre a autonomia dos entes e a interdependência entre eles, agrava ainda mais o problema (BRUSTOLIN, 2022).

O principal desafio que perpassa a história da consolidação do SUS no Brasil é como articular a descentralização da atenção com a garantia de prioridades nacionais. Ao longo dos anos o que se percebe é um dilema entre descentralização e igualdade. À medida que a política é descentralizada em direção a estados e municípios, a desigualdade nas capacidades de planejamento, operacionalização e gastos desses entes ganha maior relevância. Nesse contexto, a intervenção federal torna-se crucial para nivelar essas capacidades e estabelecer padrões nacionais de prestação de serviços. Caso contrário, entidades com recursos limitados podem inadequadamente financiar serviços, levando à restrição de acesso e diminuição da sua amplitude e qualidade. Além disso, existe o risco de práticas não cooperativas, como competição predatória por recursos escassos. Um exemplo recente é a dificuldade de atrair profissionais de saúde para regiões remotas das cidades, o que impulsionou a criação do Programa Mais Médicos (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017).

A questão transcende a fragmentação das transferências condicionadas e de uma transferência em bloco. Mesmo uma transferência completamente "livre", similar aos fundos de participação, deixaria pendente a convergência das condições de saúde esperadas do SUS e as responsabilidades da União e outros entes federativos para garantir essas condições. A controvérsia em torno dessa proposta demonstra como os mecanismos de coordenação entre os níveis federativos são fluidos e devem ser analisados em conjunto com o contexto histórico e as relações intergovernamentais (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017).

Em contraste com um contexto anterior em que a implementação de um modelo de atenção à saúde integrado era prioridade, levando à vinculação de repasses a um formato específico de política, no cenário atual essa abordagem é *flexibilizada para se adequar não apenas às realidades locais, mas também às restrições fiscais*, abandonando inclusive a busca por critérios equitativos na alocação de recursos. Isso evidencia que os processos de centralização e descentralização estão em constante evolução, impactando tanto o desenho das atribuições e distribuição de recursos no âmbito da política em questão quanto os próprios objetivos e acordos fundamentais dessa política (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017).

Palotti e Machado (2014), ao analisarem como se dá o processo decisório no âmbito das comissões intergestores das políticas de saúde, assistência social e educação constataram em estudo empírico que as comissões tripartites da assistência social e da saúde produziram a partir da redemocratização “ [...] um volume significativo de decisões em temáticas centrais para sua área de atuação e que abarcaram aspectos importantes dessas ações governamentais: financiamento, criação de novos serviços e programas ou mudanças nos existentes, relações intergovernamentais e instrumentos de monitoramento e avaliação” (PALOTTI; MACHADO, 2014, p. 432). O permite pensar no diálogo e colaboração como um ponto de equilíbrio entre o direito à saúde e a deferência às escolhas e planejamento do gestor público.

4 DESJUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DO REFORÇO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SUS COMO GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A consagração do direito à saúde na CF/88 enquanto um direito de todos e para todos (RAEFRAY, 2005, 278-279) representa uma das mais ambiciosas (e problemáticas) promessas constitucionais. Isso fez com que este direito passasse a ocupar papel de destaque no cenário de discussão nacional ao longo dos anos. A Constituinte de 88 é considerada “[...] inequivocamente (para alguns em demasia!) amiga dos direitos sociais” (SARLET, 2008, p. 2). Essa afirmação muito bem representa a incongruência que se aplica ao caso da saúde: por um lado representa a conquista de um amplo e generoso acervo de direitos concedido pelo legislador; por outro, vem acompanhada de todos os problemas que recaem sobre os meios de efetivação destes direitos, o que à época já era uma preocupação (DALLARI, 1988, p. 60-62). E, com o passar dos anos, se tornou ainda mais expressiva.

De acordo com o artigo 6º da CF/88, a saúde integra um conjunto de “direitos sociais”, normalmente também designados como socioeconômicos. Estes direitos são pacificamente considerados segunda “geração” de direitos fundamentais na ordem constitucional brasileira. De modo que o direito à saúde, enquanto direito social é também, essencialmente, um direito fundamental.

O Poder Constituinte de 88 acabou por reconhecer, sob o rótulo de direitos sociais, um conjunto heterogêneo e abrangente de direitos (fundamentais), o que, sem que se deixe de admitir a existência de diversos problemas ligados a uma precária técnica legislativa e sofrível sistematização (que, de resto, não constituem uma particularidade do texto constitucional, considerando o universo legislativo brasileiro, acaba por gerar consequências relevantes para a compreensão do que são, afinal de contas, os direitos sociais como fundamentais) (SARLET, 2008, p. 6).

Os direitos sociais possuem características peculiares. Conforme sugere o próprio texto constitucional brasileiro, dependem de ações do poder público para a sua garantia, sendo no campo da efetivação destes direitos que resultam as maiores dificuldades.

Mellace e Romeo (2017, p. 200), assumindo o risco de uma ambiguidade semântica, da qual, segundo os autores, não é possível se afastar completamente, consideram como uma boa concepção aquela que declina os direitos sociais enquanto “[...] direito a uma prestação positiva do poder público (ou também privado, conforme determinadas reconstruções)” (MELLACE; ROMEO, 2017, p. 200).

A CF/88 fixa uma série de programas, metas e ações a serem concretizadas pelo Estado mediante políticas públicas para a realização destes direitos, como é o caso da saúde (SCHEPPELE, 2003; VILLEGAS, 2012). Entretanto, a sua efetivação ainda encontra algumas dificuldades. Estas, por sua vez, começam e essencialmente projetadas pelo próprio texto constitucional, que não conduz a expressão clara do núcleo de direitos tutelados (SARMENTO, 2009).

A saúde no Brasil é constitucionalmente instituída enquanto um direito-dever, como direito de todos e dever do Estado (NORONHA; PEREIRA, 2013). Mas mesmo nesse sentido, o texto constitucional brasileiro ao longo dos artigos 194 e 196 a 200 não extrapola o mero campo de algumas pistas sobre o direito tutelado (NORONHA; PEREIRA, 2013). Segundo a CF/88 recai sobre o Estado a responsabilidade pela garantia da saúde por meio de ações e serviços, sem delimitar especificamente o alcance dessa proteção.

Ocorre que essa definição tanto no que se refere à garantia do direito, como quando se reflete na expressão de “dever” é muito ampla. Por esse motivo, a simples leitura do texto constitucional não permite estabelecer a abrangência deste direito, sendo necessária a análise da produção de interpretação da Constituição para tentar compreender a sua lógica constitucional de proteção (BRUSTOLIN, 2022).

A Constituição delega ao Estado a responsabilidade pela garantia da saúde por meio de ações e serviços, mas sem delimitar especificamente o alcance dessa proteção. Limita-se a expressar algumas características: *universalidade da saúde e dos serviços de saúde, igualdade e gratuidade dos serviços* (BRUSTOLIN, 2022).

Essa definição tanto no que se refere à garantia do direito, como quando se reflete na expressão de “dever” é bastante ampla. A simples leitura do texto constitucional não permite estabelecer a abrangência deste direito. A incumbência desta tarefa, para além da produção

acadêmica e doutrinária, fica a cargo do órgão de cúpula do Poder Judiciário brasileiro, o Supremo Tribunal Federal (STF) (BRUSTOLIN, 2022).

Parece haver um consenso estabelecido já há alguns anos na doutrina e na jurisprudência do STF de que a interpretação do direito à saúde, sobretudo diante da universalidade conferida pelo texto constitucional, deve levar em consideração *tanto o aspecto individual, quanto coletivo* deste direito. Também parece ser um consenso que a CF/88 confere “aplicabilidade imediata” aos direitos fundamentais, como é o caso da saúde, e “reforça o papel do Judiciário ao consagrar a inafastabilidade da tutela judicial”, fortalecendo a independência da instituição (SARMENTO, 2009, p, 107). De acordo com Sarmiento (2009, p. 107), essa sistemática adotada favoreceu em larga medida a judicialização da política (SARMENTO, 2009, p, 107).

A busca pelo poder de última palavra das Cortes em questões que envolvem direitos socioeconômicos não é um fenômeno que ocorre somente Brasil. De acordo com Sarmiento (2009, p. 99), isso é mais forte nos países que possuem uma abertura constitucional e indeterminação semântica (predominância de princípios). Essas Constituições geralmente não conduzem expressão clara do núcleo de direitos tutelados. A herança de exploração destes países e histórico de desigualdade social também contribuem e fazem com que grande parte da população ainda esteja desassistida em recursos básicos (BRUSTOLIN, 2022).

A obrigação constitucional de um dever prestacional do Estado atrelado a esse cenário fez com que o Poder Judiciário fosse convertido em uma nova arena de reivindicação de direitos sociais, desempenhando um papel que tem interferido, muitas vezes, nas escolhas políticas, governamentais e técnicas que integram as políticas públicas (VALLE, 2009).

Apesar de parecer louvável essa atuação diante da abertura da Corte às demandas da sociedade, decorre uma complexa problemática que é uma preocupação tanto jurídica, quanto política e institucional: a judicialização. O emprego desta terminologia na presente dissertação compreende a noção designada por Andia e Lampea (2019, p. 2), enquanto o “[...] uso de litígios baseados em direitos para exigir acesso a produtos farmacêuticos e tratamentos médicos.”

A judicialização da saúde é uma difícil questão que vem sendo enfrentada pela academia sob diferentes viéses. Estudos tem como centralidade desde a formulação e aplicação das políticas públicas (VALLE, 2009; DALLARI; BUCCI, 2017), até os limites institucionais democráticos e constitucionais (MACHADO, 2012; LIMA; FRANÇA, 2019) da atuação do judiciário. Mas apesar de não ser novo, esse debate ainda é controverso.

Como visto, a expansão dos serviços de atenção primária lançou luz sobre o histórico dilema entre descentralização e igualdade (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017). Apesar de apresentar benefícios para boa parcela da população, permitiu vislumbrar de maneira mais clara a incapacidade da grande maioria dos municípios de prover uma atenção mais integral, incluindo serviços médico-assistenciais especializados, aos seus munícipes (PIOLA; VIEIRA; SERVO; BATISTA DE SÁ; BENEVIDES, 2023), o que inclui as prestações relativas a medicamentos. Além disso, já em 2014 foi possível constatar que a colaboração no processo decisório no âmbito das comissões intergestores das políticas de saúde apresentou resultados positivos (PALOTTI; MACHADO, 2014). Assim sendo, diante dos dilemas que recaem sobre a efetivação do direito à saúde, os problemas orçamentários (MAESTAD; RAKNER; FERRAZ, 2011; WANG; VASCONCELOS; OLIVEIRA; TERRAZAS, 2014) e a judicialização da saúde (INSPER, 2019), considera-se que instrumentos de reforço da coordenação federativa do SUS a partir de práticas de diálogo e de cooperação possam contribuir para o avanço no tema e para a desjudicialização da saúde. As experiências de cooperação por meio de consórcios, se destacam neste contexto.

No âmbito da saúde, as experiências de cooperação por meio de consórcios, especialmente as mais abrangentes, quase sempre contaram com algum incentivo, seja técnico, seja financeiro, dos estados. No caso em discussão, propôs-se a formulação de política para estímulo ao consorciamento visando ao aperfeiçoamento da coordenação federativa no SUS para a ampliação da oferta de bens e serviços de saúde. Por ter abrangência nacional, a proposta da política seria de iniciativa do MS, mas detalhada, discutida e analisada em grupo de trabalho da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e levada à negociação com as representações de estados e municípios (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), antes de ser levada à aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (PIOLA; VIEIRA; SERVO; BATISTA DE SÁ; BENEVIDES, 2023).

Ressalta-se que essas práticas foram recentemente recomendadas pela Diretoria de Estudos e Políticas Sociais como uma proposta (e não como uma receita genérica) visando o aperfeiçoamento da coordenação federativa do SUS e a ampliação da oferta de bens e serviços enquanto uma iniciativa a ser compartilhada pelas instâncias de governo de forma dialógica e colaborativa.

CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira a prever de maneira ampla o direito a saúde. Destaca-se o artigo 6º, que trouxe a saúde como um direito social, e a seção II, sendo

exclusivamente voltada a dispor sobre a saúde. Ademais, o artigo 196, que previu o princípio da universalidade, assegurando o referido direito constitucional a todas as pessoas.

Apesar destes fatos, o princípio da universalidade ocasionou uma série de óbices, visto que se a Carta Magna prevê de forma expressa a universalidade e integralidade de atendimento, todas as pessoas poderão buscar o tratamento referente a todas as doenças, porém, sabe-se que o Estado não possui a capacidade de prestar a assistência material em todos os casos.

Por isso, criou-se a Lei nº 12.401/2011 e o Decreto nº 7.508/2011 que trouxeram alterações na Lei do SUS, prevendo limites e balizas a respeito do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Porém, a criação destas limitações é por muitas vezes interpretadas como inconstitucionais, visto que geram uma suposta mitigação ao direito previsto constitucionalmente. Logo, aquele que não tem seu tratamento e/ou medicamento abarcado pela Sistema Único de Saúde recorre ao Poder Judiciário, que por diversas vezes se incumbe de tomar decisões políticas, governamentais e técnicas, (in)deferindo a realização do tratamento e/ou o fornecimento de medicamentos.

O Sistema único de Saúde é uma política pública com competência repartida entre todos os entes federados. Nesse sentido, por muito tempo se buscou a prestação de um serviço de maneira igualitária a todas as regiões, todavia, visualizou-se que a proteção seria de maior efetividade caso a aplicação fosse realizada de maneira equitativa, flexibilizando a distribuição conforme as necessidades das regiões, sendo o Governo Federal, portanto, responsável pela atuação que nivele a capacidade de estabelecer padrões nacionais de prestação de serviços.

Conclui-se que o direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, é uma conquista significativa, contudo, complexa, que demanda esforços contínuos para a sua efetivação de forma plena. Como condição de fortalecer esta política pública social, vê-se a necessidade de adoção de soluções colaborativas, como os consórcios, por exemplo, que têm como fim a superação de obstáculos e a garantia de um acesso equitativo aos serviços de saúde, alinhando-se, assim, aos princípios constitucionais da universalidade e integralidade, ensejando na redução de demandas judiciais que pleiteiem o acesso à saúde, oportunizando, desta forma, não só um acesso integral, mas facilitado.

REFERÊNCIAS

ANDIA, T. S.; LAMPREA, E. Is the judicialization of health care bad for equity? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 2019, p. 1-12, DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0961-y>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333578203_Is_the_judicialization_of_health_care_bad_for_equity_A_scoping_review. Acesso em: 12 dez. 2020.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v. 23, n. 1, enero-marzo, 2016, pp. 173-192. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386144717011>. Acesso em 12 jun. 2020.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, Lei 8.8080/90. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. *Emenda Constitucional Nº 95, De 15 De Dezembro De 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER Social*, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRUSTOLIN, A. *Justiciabilidade de medicamentos e suas implicações*. Curitiba: Juruá, 2022.

BRYNER, G. C. *Organizações Públicas e Políticas Públicas*. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Orgs.). Tradução Sonia Midori Yamamoto e Mirian Oliveira. São Paulo: Editora UNESP, Brasília DF: ENAP, 2010, p. 315-333.

CONITEC. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS AO SUS. Conheça a CONITEC. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>. Acesso em 10 jul. 2023.

DALLARI, M. P. D.; BUCCI, C. S. (Coords.). *Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017, *Kindle*.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Rev. Saúde Públ. S. Paulo*, 22:57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FIGUEIREDO, M. F. Algumas notas sobre a eficácia e efetividade do direito fundamental à saúde no contexto constitucional brasileiro. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* vol.12 no.3 São Paulo, 2010, p. 220-226. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 fev. 2020.

INSPER, INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. AZEVEDO, Paulo Furquim de; ABUJAMRA, Fernando Mussa (Coords.). Conselho Nacional de Justiça, 2019.

JÚNIOR, I. B.; PAVANI, M. R. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. *Revista Dir. Gar. Fund., Vitória*, v. 14, n. 2, p. 71-100, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/263>. Acesso em 03 jun. 2020.

LIMA, F. D. S., FRANÇA, E. P. C. Ativismo dialógico X Bloqueios institucionais: limites e possibilidades do controle jurisdicional de políticas públicas a partir da sentença T-025/04 da Corte Colombiana. *Argumenta Journal Law*, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 31, 2019, p. 209-243.

LUHMANN, N. *Sociologia do direito II*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

MACHADO, E. D. *Ativismo Judicial: limites institucionais democráticos e constitucionais*. 1. ed. São Paulo: Letras Jurídicas, 2012.

MAESTAD, O.; RAKNER, L.; FERRAZ, O. L. M. Assessing the Impact of Health Rights Litigation: A Comparative Analysis of Argentina, Brazil Colombia, Costa Rica, India, and South Africa. In: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health*. Human Rights Program Series Harvard Law School, 2011, p. 273-371, *kindle*.

MELLACE, L.; ROMEO, A. As “desventuras” dos direitos sociais: entre dificuldades teóricas e crise econômica. *Argumenta Journal Law*, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 27, p. 192-224, 2017. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/192>. Acesso em: 20 jul. 2020.

NAKAMURA, Fernanda de Castro; CAOBIANCO, Nathália Melazi. A judicialização do direito à saúde em uma perspectiva comparada: Brasil e Colômbia. *R. Dir. sanit.*, São Paulo v.20 n.1, p. 63-85, mar./jun. 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164205/157583>. Acesso em: 07 fev. 2020.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: GADELHA, P. (Coord.). *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. v. 3. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, 2013, p. 17-32. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 02 mar. 2020.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos estudos CEBRAP**, v. 36, p. 55-81, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/bWKPxQkCCqMkz4BRVjqnD6K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 ago. 2023.

PALOTTI, P. L. de M.; MACHADO, J. A. Coordenação federativa e a "armadilhada decisão conjunta": as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **Dados**, v. 57, p. 399-441, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/GFbqHwdWxZsmtM6fDTcDXvG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 ago. 2023.

PIOLA, S. F. *et al.* Prioriza SUS: consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço da coordenação federativa do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12090/1/EmQuestao_Disoc_n27_PriorizaSUS.pdf. Acesso em: 03 ago. 2023.

RAEFRAY, A. P. O. *Direito da saúde: de acordo com a Constituição Federal*. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

SARLET, I. W. Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. *Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica. 20 Anos de Constitucionalismo Democrático – E Agora?* Porto Alegre-Belo Horizonte, 2008, p. 163-206. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf. Acesso em 05 mar. 2020.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. *RIDB*, Ano 2 (2013), n. 4. 2013. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/04/2013_04_03183_03255.pdf. Acesso em 15 dez. 2019.

SARMENTO, D. A proteção dos direitos sociais: alguns parâmetros ético-jurídicos. 2009. Disponível em: <http://files.camolinaro.net/200000426-33a4135980/A-Protacao-o-Judicial-dos-Direitos-Sociais.pdf>. Acesso em 19 nov. 2019.

SARMENTO, D. O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/fd58/230b669c4f9e0792bb940c54183969eac761.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SCHEPPELE, K. L. Aspirational and aversive constitutionalism: The case for studying cross-constitutional influence through negative models. *International Journal of Constitutional Law*. v. 1. n. 2. p. 296-324, 2003.

SILVA, V. A. *Direitos Fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia*. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

SILVA, V. A. Na encruzilhada liberdade-autoridade: a tensão entre direitos fundamentais e interesses coletivos. In: ALMEIDA, F. D. et al. (Orgs.). *Direito Público em evolução: estudos em homenagem à Professora Odete Medauar*. Belo Horizonte: Fórum, 2013, p. 735-747.

VALLE, V. R. L. *Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em debate**, v. 44, p. 100-113, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/100-113/>. Acesso em 03 ago. 2023.

WANG, D. W.; VASCONCELOS, N. P.; OLIVEIRA, V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, set./out. 2014, p. 1191-1206. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>. Acesso em 10 jun. 2020.