

# **XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP**

**DIREITO E SAÚDE II**

**EDITH MARIA BARBOSA RAMOS**

**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 Haydée 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. Ednilson 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 Marcilio 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

**Educação Jurídica**

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

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

**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

**Comissão Especial**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

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

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

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

Coordenadores: Edith Maria Barbosa Ramos, Janaína Machado Sturza, Liton Lanes Pilau Sobrinho – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-331-2

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

Tema: Os Caminhos Da Internacionalização E O Futuro Do Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXXII Congresso Nacional do CONPEDI São Paulo - SP (4: 2025: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

# **XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP**

## **DIREITO E SAÚDE II**

---

### **Apresentação**

A realização do XXXII Congresso Nacional do CONPEDI aconteceu entre os dias 26, 27 e 28 de novembro de 2025, na cidade de São Paulo, tendo como instituição anfitriã a Universidade Presbiteriana Mackenzie.

O tema desta edição foi “Os caminhos da internacionalização e o futuro do Direito”, o qual, segundo o CONPEDI, reflete os desafios e as oportunidades de um mundo em profunda transformação. A temática é um convite à reflexão em um momento histórico marcado pela intensificação das interconexões globais — econômicas, políticas, culturais e tecnológicas, que desafiam as fronteiras tradicionais dos Estados e colocam o Direito diante de novas exigências e dilemas.

Em 27 do corrente mês, realizou-se o Grupo de Trabalho (GT) Direito e Saúde, ocasião em que foram apresentados estudos que exploraram diversas perspectivas e possibilidades de interação com a saúde enquanto direito social, fundamental e humano. Os trabalhos apresentados abarcaram temas como análises conceituais e relatos de experiências nos contextos brasileiro e internacional, com ênfase na efetivação da saúde e suas demandas, tendo como fundamento a Constituição Federal.

Dentre os temas abordados, destacam-se: a judicialização da saúde, notadamente no que concerne a medicamentos, internações hospitalares e tratamentos de alto custo; a saúde digital e suas interfaces com as tecnologias; questões de gênero relacionadas ao direito à saúde; medicamentos e experimentos em saúde; autonomia da vontade e perspectivas da saúde sob a ótica da bioética, entre outros.

Os trabalhos apresentados se revelaram enriquecedores, propiciando reflexões abrangentes e constituindo contribuições significativas para a pesquisa jurídica e social nas esferas acadêmicas brasileira e internacional, com destaque para o direito à saúde.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho – Universidade do Vale do Itajaí

Edith Maria Barbosa Ramos - Universidade Federal do Maranhão



# **DESAFIOS TRANSNACIONAIS PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE NO TRATAMENTO DE CARCINOMAS**

## **TRANSNATIONAL CHALLENGES TO GUARANTEE THE RIGHT TO HEALTH IN CARCINOMA TREATMENT**

**Thaís Onofre Caixeta De Freitas  
Olivia Oliveira Guimarães  
Simone Gomes Leal**

### **Resumo**

Este artigo analisa os desafios enfrentados pelo Estado brasileiro na efetivação do direito à saúde, com ênfase no tratamento de doenças oncológicas complexas, como o carcinoma. Parte-se da problemática: como identificar o fator erro na eficácia das políticas públicas sanitárias e quais instrumentos podem ser utilizados para combater os desafios transnacionais no tratamento do carcinoma? O estudo dialoga com a crise da governança sanitária, abordando a atuação de instituições como ANVISA e CONITEC, o subfinanciamento crônico do SUS, a fragmentação federativa e a judicialização da saúde especialmente quando usada como substituto da gestão pública planejada. Analisa-se também a Lei nº 12.732/2012 (Lei dos 60 dias) à luz do ativismo judicial e da omissão administrativa. O artigo destaca a ação popular como instrumento de controle coletivo da política sanitária e discute o papel da cobertura universal de saúde no cenário internacional, ancorada no Comentário Geral nº 14 do PIDESC e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. Conclui-se que a efetividade do direito à saúde requer transparência na alocação de recursos, fortalecimento das instâncias técnicas e compromisso com a justiça distributiva, de modo a garantir equidade e dignidade para os pacientes oncológicos em um contexto de desigualdades estruturais e desafios globais.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Judicialização, Carcinoma, Sus, Governança sanitária

### **Abstract/Resumen/Résumé**

This article analyzes the challenges faced by the Brazilian State in ensuring the effectiveness of the right to health, with an emphasis on the treatment of complex oncological diseases such as carcinoma. It departs from the following research question: how can the error factor be identified in the effectiveness of public health policies, and what instruments can be used to address the transnational challenges in carcinoma treatment? The study engages with the crisis of health governance, discussing the role of institutions such as ANVISA and CONITEC, the chronic underfunding of SUS, federal fragmentation, and the judicialization of health — especially when it replaces planned public management. The article also examines Law No. 12.732/2012 (the “60-day Law”) in light of judicial activism and administrative omission. It highlights the popular action as a legal mechanism for collective

control of health policy and explores the role of universal health coverage in the international scenario, grounded in General Comment No. 14 of the ICESCR and the United Nations Sustainable Development Goals. The conclusion asserts that the effectiveness of the right to health demands transparency in resource allocation, strengthening of technical bodies, and commitment to distributive justice in order to ensure equity and dignity for cancer patients in a context of structural inequalities and global challenges.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Judicialization, Carcinoma, Sus, Health governance

## INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto direito fundamental e social assegurado constitucionalmente, exige do Estado não apenas o reconhecimento normativo, mas a implementação de políticas públicas eficazes, universais e igualitárias. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o principal instrumento para a materialização desse direito. No entanto, diante de um cenário marcado por subfinanciamento crônico, desigualdade regional no acesso a serviços e fragmentação institucional, a efetividade das políticas sanitárias se mostra comprometida, especialmente no enfrentamento de doenças de alta complexidade, como o carcinoma.

O tratamento do câncer revela com maior nitidez os entraves operacionais e jurídicos da política pública de saúde, como a morosidade na regulação de medicamentos, a sobrecarga dos entes municipais e a judicialização crescente. A atuação de órgãos como a ANVISA e a CONITEC, embora imprescindível, muitas vezes é desconsiderada por decisões judiciais que, com base em prescrições médicas individuais, ignoram critérios técnico-científicos e o impacto orçamentário das medidas. Soma-se a isso a indefinição sobre os limites da complementaridade do setor privado ao SUS e a ausência de diretrizes explícitas quanto à cobertura universal, especialmente à luz das metas de desenvolvimento sustentável da ONU.

Nesse contexto, o presente artigo busca responder à seguinte problemática: como identificar o fator erro na eficácia das políticas públicas sanitárias e quais instrumentos podem ser utilizados para combater os desafios transnacionais no tratamento do carcinoma? Para tanto, parte-se da análise constitucional do dever estatal (art. 196 da CF), do papel da judicialização na efetivação de direitos (com destaque à Lei nº 12.732/2012) e da ação popular como instrumento de controle da administração pública, encerrando com uma reflexão sobre a governança sanitária e o papel do direito na superação das desigualdades em saúde.

## **2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO COMPROMISSO DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO.**

Após a construção histórica do direito à saúde, o seu conceito não é mais ausência de doença, mas é tudo o que envolve o direito e atendimento integral participação social, financiamento integral inclusive com medidas protetivas e preventivas.

O texto constitucional brasileiro de 1988, no artigo 196, abrange todo o complexo de direitos e garantias amplas no que tange à saúde no Brasil, estabelecendo que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Além disso, o artigo 198 da CF, aduz sobre a forma de organização do SUS, sendo que será de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, estas ações devem seguir os seguintes direcionamentos:

I - Descentralização: o gestor local planeja e possui poder de decisão, facilitando a resolução dos problemas, com ênfase na Municipalização, conforme explica e regula a lei 8.080/90 (Lei do Sistema único de Saúde- SUS).

II- o atendimento integral, olhando o indivíduo como um todo, respeitando sua individualidade, ofertando ações e serviços necessários para manutenção de sua vida social.

III- participação na comunidade:

São consideradas duas instâncias regulares para participação popular, os conselhos de saúde e as conferências que ocorrem a cada quatro anos. No entanto, o cidadão não fica restrito a aguardar os conselhos e as conferências para efetivar sua participação, podendo a sociedade participar ativamente de associações, igrejas, entre outras formas populares para criação, validação e efetivação de políticas públicas na área da saúde.

Neste sentido, é dever do Estado garantir a garantia ampla do acesso à saúde, identificando fatores individuais necessários em cada localidade, com objetivo de se tornar eficaz, o que se torna um problema quando a discussão sobre a regulação do sistema sanitário brasileiro.

## **2.1 Direito à saúde e a reforma sanitária brasileira sob a perspectiva do modelo dos fluxos contínuos de Kingdon**

O artigo 5º da lei 8080/90, trata sobre os objetivos do SUS, são eles: Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas públicas com vieses econômicos e sociais de saúde com fim de promover a saúde como um direito fundamental; promover assistência às pessoas, com objetivo também preventivo, de forma integrada.

Importante ressaltar que os entes federativos (União, Estados, DF e Municípios), são obrigados a integrar serviços de saúde, e assim como estabelece o artigo 198, possuem autonomia, mas com interdependência na prestação de serviços e recursos, deve haver, portanto, uma cooperação federativa com fim de cumprir as atribuições do SUS estabelecidas também no artigo 200 da CF, quais sejam: “controlar, fiscalizar, executar e participar”

Com objetivo de gerir o fluxo do SUS, foi criada a chamada Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e bipartite (CIB). A aprovação dada pela Lei Federal n. 8.080/19901 às Intergestores, “como fórum de negociação e pactuação (artigo 14-A), e à efetividade de suas decisões, notadamente quanto à dispensação de medicamentos na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica específica (artigo 19-P), faz com que a CIB e a CIT passem a integrar o campo do Direito Sanitário nos espaços de gênese de direitos.” (DALLARI, 2016, p. 40)

As comissões não somente definem a alocação de recursos do SUS, mas criam projetos e estabelecem estratégias para eficácia na prestação das políticas internas e externas, conforme a resolução de consolidação CIT n° 1, de março de 2021.

Como é sabido, o sistema de saúde sanitário depende de planejamento, que para tanto, inicia-se com a criação e garantia de eficácia de políticas públicas.

O planejamento traz consigo elementos como a previsibilidade e a transparência, que são elementos que remetem à organização burocrática da administração pública. (BUCCI, 2002, p. 250)

Thiago Marrara aduz que “para atingir objetivos complexos e, simultaneamente, para lidar com os problemas de escassez de recursos das mais diversas ordens, o Estado, assim como o indivíduo, é obrigado a agir de modo racional e estratégico, fazendo considerações sobre o futuro” (MARRARA, 2010, p. 10)

As referidas políticas públicas são criadas a partir da identificação de situações quem afetam a vida, dignidade e cidadania, e é percebido de forma insatisfatória ao interesse público, que pode ser visto como um ou mais problemas.

Neste sentido, existe o chamado ciclo das políticas públicas, que é o processo pelo qual perpassa todo o sistema para criação pelo Estado de soluções totais ou parciais de um problema de interesse público.

O ciclo perpassa por algumas fases, conforme destaca Ana Claudia Capella, “identificação do problema- formação da agenda - análise de alternativas- tomada de decisão- implementação, avaliação e extinção, se for o caso”. (CAPELLA, 2007, p. 87-121)

Importante destacar que existem políticas públicas que sequer são implementadas ou insertas na agenda, em razão de baixa popularidade política ou midiática, ou até mesmo quando não existe um problema concreto a ser resolvido.

No que tange à agenda, demonstra-se importante a análise do modelo de Kingdon:

A construção de políticas públicas, numa simplificação drástica, pode ser considerada um conjunto de processos, incluindo pelo menos (1) a definição da agenda, (2) a especificação de alternativas a partir das quais uma escolha deve ser feita, (3) a escolha oficial entre as alternativas especificadas, como no caso da votação pelo poder

legislativo ou de uma decisão presidencial, e (4) a implementação da decisão. O sucesso em um processo não implica necessariamente sucesso em outros. (KINGDON, 1995, p. 2-3)

Conforme o autor, formulam-se as alternativas para resolver os problemas. Neste sentido, criam-se instrumentos em formato jurídico, administrativo e financeiro, para implementação da política com viés social e público.

A lista de temas ou problemas que são seriamente alvo em dado momento de séria atenção, tanto da parte das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo, mas estritamente associada às autoridades competentes. (KINGDON, 1995, p. 222)

A pergunta que se faz é: como e quando os problemas da saúde pública serão solucionados? Aqui destacam-se dois modelos, o primeiro é o modelo/processo de gestão democrática, construindo com participação popular, criado por autoridades detentoras do controle.

A participação popular é através de ações políticas deliberativas como por exemplo as audiências públicas (LOURENÇO, 2020, p. 101-120), das pessoas afetadas pelo problema já na agenda inicial, bem como por meio de conselhos (mensais) e conferências (de quatro em quatro anos).

Após a elaboração da política pública, chega-se ao momento da tomada de decisão. Neste caso, seria a resposta ao problema, para identificar o alcance da política pública no que se refere à solução.

Neste sentido, afirma Flávia Nogueira Binho Marques que “a gestão democrática do sistema, em todas as esferas de organização, é um princípio basilar a partir do qual se fortalecem espaços de participação e de pactuação já instituídos e por instituir” (MARQUES, 2013, p. 11-13)

Existem atualmente três modelos para tomada de decisão:

O primeiro modelo de racionalidade (LINDBLOM, 2014, p. 171- 190), dividido em absoluta ou limitada, em que a decisão é uma atividade baseada em uma análise fundamentalmente racional entre custos e benefícios.

O segundo, é chamado de modelo incremental, também conhecido por método das sucessivas comparações limitadas ou ramaescência (2014, p. 175), em que não existe uma resposta lógica para o caso concreto. Neste caso, o elemento político é levado em consideração mais do que o critério técnico.

Por fim, o modelo de fluxos contínuos, mais conhecido, que busca unir o modelo racionalista e o modelo incremental.

O modelo dos múltiplos fluxos (ou fluxos contínuos) de Kingdon (1995, p. 73-79), permite apesar de algumas ressalvas, possui o condão de compreender a tomada de decisões políticas, bem como sua materialização sob forma de programas e políticas educacionais.

Neste sentido, o autor destaca que os fluxos seriam, *Problems stream, policies stream e politics stream* (CAPELLA, 2006, p. 25-52), respectivamente, problemas, alternativas e política, sendo certo que em determinado momento, por serem independentes, convergem-se, produzindo mudanças na agenda.

Ou seja, avalia-se as melhores alternativas políticas e a situação concreta com um rigor racionalista, não somente político.

No que tange à implementação, Winter (2010) especifica que:

A implementação constitui um campo de pesquisa relativamente jovem na administração e nas políticas públicas; campo importante por agregar uma perspectiva de política pública à administração pública com forte foco em como as políticas são transformadas durante o processo de execução até mesmo após- o ponto de entrega. (WINTER, 2010, p. 200)

A implementação, é o momento onde se coloca em prática o que foi teoria, uma vez delimitada a política pública, os insumos se transformam em ações.

A implementação pode ser também através de duas categorias:

A primeira é chamada de *Top-down*, (de cima para baixo), segundo a professora Ana Claudia Capella, nesta categoria existe a “separação clara entre a tomada de decisão e a implementação e as Políticas Públicas devem ser decididas e elaboradas pela esfera política e implementadas pelos servidores” (CAPELLA, 2006, p. 25-52).

Já segunda é a chamada, *Bottom – up* (de baixo para cima), em que os agentes implementadores não interferem no resultado da política, para Ana Claudia Capella, existe “maior liberdade dos burocratas para organizar e modelar a implementação das políticas públicas”

A última etapa é a avaliação, neste sentido aborda Carlos Faria:

a) atividade destinada a aquilatar os resultados de um curso de ação cujo ciclo de vida se encerra; b) a fornecer elementos para o desenho de novas intervenções ou para o aprimoramento de políticas e programas em curso; c) como parte da prestação de contas e da responsabilização dos agentes estatais, ou seja, como elemento central da *accountability*. (FARIA, 2005, p. 97-109).

Ou seja, depois de inserida a política pública (implementada), necessário avaliar seus efeitos e se forá efetiva ou não. Nesta fase, a participação popular torna-se imprescindível.

Assim, a política pública pode permanecer, ser modificada ou extinta, e neste último caso, a extinção pode se dar de três formas, conforme aduz a autora, quando o problema público é percebido como resolvido; quando a política pública é percebida como ineficaz para resolver o problema público; ou quando o problema público, mesmo não tendo sido resolvido, perde sua importância e sai da agenda política e do programa de governo.

No entanto, apesar de teorias e modelos eficazes para criação de políticas públicas, infelizmente, existem problemas durante o fluxo, o que impede algumas políticas sociais de serem implementadas no Brasil, causando insegurança jurídica coletiva e invalidando a garantia ampla Constitucional.

### **3 DESAFIOS DA GOVERNANÇA DA SAÚDE E FILANTROPIA TRANSNACIONAL**

A governança da saúde no Brasil enfrenta entraves estruturais como o subfinanciamento do SUS, agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, a fragmentação das responsabilidades entre os entes federativos e a crescente judicialização da saúde. Embora a judicialização seja uma via legítima de acesso a direitos, ela pode gerar distorções orçamentárias ao priorizar decisões individuais em detrimento de políticas públicas estruturadas, especialmente no campo oncológico. Casos como o da Colômbia e dados da AGU mostram o impacto financeiro significativo dessas demandas sobre os cofres públicos.

Desde o início da vigência da EC 29, em 2000, as execuções orçamentárias anuais do governo federal foram sempre muito próximas ao mínimo constitucional. Tal prática manteve a participação do gasto federal em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) em torno de 1,7%, mas não houve avanços para além deste mínimo, mesmo nos períodos de maior expansão econômica. Essa trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária terá piora com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016 (Brasil, 2016a), que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde (VIEIRA e BENEVIDES, 2016, p.3).

Nesse cenário, a atuação técnico-regulatória da ANVISA e da CONITEC é essencial para garantir segurança e eficácia na incorporação de tecnologias em saúde. No entanto, essas instituições enfrentam desafios como morosidade, limitações de estrutura e interferência judicial que por vezes enfraquece sua função técnica.

A fragilidade desses órgãos compromete a coerência das decisões públicas em saúde e contribui para a judicialização descoordenada, o que evidencia a necessidade de reforçar sua autonomia, transparência e participação social efetiva.

No plano internacional, a cobertura universal da saúde, prevista na meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2023) e no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1992), impõe obrigações aos Estados na garantia de serviços acessíveis e de qualidade. Embora países como Reino Unido e Canadá avancem nesse sentido, o Brasil ainda enfrenta lacunas no acesso a tratamentos como os destinados ao carcinoma. A presença de fundações filantrópicas na definição de prioridades globais de saúde também suscita debates sobre legitimidade e soberania, reforçando a importância de uma governança democrática e transparente, voltada para a equidade.

### **3.1 O tratamento do carcinoma e dificuldades transacionais**

O enfrentamento do carcinoma no Brasil evidencia a complexidade do sistema de saúde e seus múltiplos entraves institucionais, financeiros, jurídicos e operacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), embora constitucionalmente incumbido de garantir acesso universal, igualitário e integral, encontra-se sobrecarregado, especialmente diante de doenças de alta complexidade. Como analisado por Nunes et al. (2020), a discricionariedade administrativa, aliada à falta de planejamento e critérios claros de rateio entre os entes federados, ampliando desigualdades regionais e comprometendo a equidade no acesso aos serviços.

Nesse contexto, os municípios — historicamente o elo mais frágil do pacto federativo — assumem encargos desproporcionais, sem contrapartidas financeiras adequadas da União e dos estados. Essa sobrecarga administrativa e orçamentária dificulta a implementação efetiva de políticas públicas, principalmente no tratamento de doenças como o carcinoma, cuja complexidade exige estrutura tecnológica, recursos humanos especializados e integração entre os níveis de atenção. A ausência de critérios técnicos objetivos para distribuição de recursos, somada à morosidade na incorporação de tecnologias e à baixa informatização do SUS, reforça a fragmentação do sistema e perpetua o cenário de ineficiência e exclusão sanitária. (BRASIL, 2007)

A ANVISA e a CONITEC são pilares centrais do aparato técnico-regulatório. A ANVISA, com base na Lei 9.782/1999, garante a segurança e qualidade dos produtos sujeitos à vigilância sanitária, incluindo medicamentos oncológicos. Já a CONITEC, fundada pela Lei 12.401/2011, avalia custo-benefício de tecnologias, buscando compatibilizar eficácia terapêutica e sustentabilidade financeira do SUS. Contudo, suas decisões técnicas são frequentemente desconsideradas pela judicialização, que concede medicamentos não incorporados ao SUS com base exclusiva na prescrição médica individual,

sem observar critérios técnico-científicos, impacto orçamentário ou os princípios de equidade e justiça distributiva.

Essa interferência desestrutura a lógica coletiva da política pública de saúde, substituindo decisões pautadas por evidência e planejamento por determinações casuísticas que, embora legítimas sob a ótica individual, comprometem a sustentabilidade do sistema. A atuação judicial descolada das diretrizes da ANVISA e da CONITEC enfraquece o papel regulador do Estado, estimula a indústria farmacêutica a agir fora dos canais institucionais e agrava a desigualdade no acesso, privilegiando os que conseguem judicializar em detrimento dos que dependem exclusivamente da via administrativa.

As listas RENASES e RENAME, que deveriam organizar o acesso racional a procedimentos e medicamentos, muitas vezes funcionam de forma descoordenada, incorporando medicamentos sem diálogo com as diretrizes da CONITEC ou com critérios técnicos uniformes. Essa desorganização afronta as balizas jurídicas da administração pública e abre margem para o ativismo judicial mal orientado.

O CONASS e o CONASEMS, representantes dos estados e municípios, denunciam o ônus excessivo imposto aos entes locais, que representam a linha de frente da prestação de serviços à população, mas não dispõem dos recursos financeiros e técnicos necessários para absorver demandas de alta complexidade. Essa transferência de responsabilidades, sem a devida compensação da União, contraria o princípio da corresponsabilidade federativa previsto no SUS e evidencia a fragilidade do pacto federativo em matéria de saúde. Além disso, a ausência de articulação entre as listas e os protocolos clínicos compromete a previsibilidade e a eficiência da gestão pública, gerando incertezas jurídicas e insegurança assistencial, especialmente para pacientes que dependem de terapias contínuas e de alto custo, como é o caso do tratamento do carcinoma.

Embora o país tenha mais de 47 políticas públicas de saúde, apenas cinco contam com respaldo legal formal: a política de transplantes, o SAMU, o controle do tabagismo, a oncologia e a política nacional de sangue. Heringer (2018) aduz que essa fragmentação normativa gera incerteza jurídica, descontinuidade nos serviços e dificuldade de accountability. A ausência de informatização sistêmica do SUS e a indefinição sobre a complementaridade do setor privado (conforme o Decreto nº 7.508/2011) agravam o cenário de ineficiência e desigualdade na prestação dos serviços de saúde.

Sem uma base legal sólida e uma estrutura digital integrada, torna-se difícil acompanhar a implementação das políticas, mensurar resultados e identificar gargalos na rede assistencial. A falta de clareza quanto aos limites da atuação complementar do setor privado ao SUS gera disputas interpretativas e pode favorecer a mercantilização de serviços essenciais, em detrimento da lógica pública e universal do sistema. Essa fragilidade normativa e operacional compromete a efetividade das ações de saúde, enfraquece os mecanismos de controle social e dificulta a realização progressiva do direito à saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis.

A judicialização da saúde, em especial no campo oncológico, tem crescido exponencialmente. Conforme Everaldo Lamprea (2011), entre 2005 e 2010 a Colômbia gastou 3,2 bilhões de dólares para cumprir decisões judiciais em saúde. No Brasil, os gastos superam R\$ 1 bilhão por ano, em grande parte com medicamentos não incorporados ao SUS. O Judiciário, confiando excessivamente na prescrição médica, ignora muitas vezes os pareceres da CONITEC, o impacto financeiro e a justiça distributiva. A ausência de critérios objetivos e de filtros técnicos nas decisões judiciais contribui para a desorganização do sistema, desconsiderando princípios como equidade, custo-efetividade e planejamento orçamentário.

Esse fenômeno, embora fundado no legítimo exercício de direitos individuais, acaba por gerar um efeito perverso: amplia desigualdades ao beneficiar quem tem maior acesso ao Judiciário, em detrimento da coletividade que depende das vias administrativas. Além disso, impulsiona o crescimento do mercado de medicamentos de alto custo, favorecendo a indústria farmacêutica (Campos Neto et al. (2012) e desviando recursos de ações estruturantes e preventivas. Com isso, o sistema de saúde é pressionado a responder a demandas imediatas e fragmentadas, em detrimento da lógica de justiça social e da efetividade universal do SUS.

Autores como Samuel Moyn e Eric Posner denunciam a erosão da eficácia dos direitos humanos frente ao avanço das desigualdades. Para Moyn, em “A Última Utopia” (2018), os direitos humanos se tornaram um discurso simbólico esvaziado de força prática. Posner, em “O Crepúsculo dos Direitos Humanos Internacionais”, afirma que os compromissos internacionais são politicamente convenientes, mas juridicamente inócuos.

A crise do direito à saúde é, nesse sentido, reflexo de um movimento global de estagnação de direitos sociais, em que promessas normativas não se traduzem em garantias concretas para as populações mais vulneráveis. Essa desconexão entre o ideal jurídico e a realidade material é agravada pela falta de mecanismos eficazes de accountability e pela resistência dos Estados em assumir obrigações vinculantes em matéria de justiça social. MOYN, 2018; POSNER, 2014)

No campo da saúde, essa crise se manifesta na insuficiência das políticas públicas, na precariedade dos serviços e na judicialização seletiva, que favorece interesses individuais em detrimento da coletividade. Assim, o direito à saúde corre o risco de se transformar em um ideal retórico, distante de sua função original de promover igualdade, dignidade e inclusão. (WANG, 2015; CNJ, 2013)

O seminário internacional que celebrou os 30 anos do direito à saúde no Brasil reiterou a necessidade de reforçar os fundamentos do movimento sanitário, como enfatizado por autores como Daniel Wang e Martha Reth. Entre os temas centrais estavam o esquecimento dos direitos sociais, a ausência de prioridades explícitas e a fragilidade da accountability institucional. (WANG, 2020; RETH, 2019).

A judicialização mal intencionada e a ausência de planejamento conduzem à inversão de prioridades, ampliando desigualdades e marginalizando justamente aqueles que mais dependem do sistema público de saúde. (CNJ, 2013; IPEA, 2019; CONASEMS, 2019)

O Comentário Geral nº 14 do Comitê da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais é enfático: nenhum país pode tudo, mas é obrigação dos Estados estabelecer prioridades racionais, com base na transparência, equidade, custo-efetividade e atenção aos mais vulneráveis. Isso exige que a realização do direito à saúde se dê de forma progressiva e mensurável. Países como Inglaterra, Canadá, Noruega e Suíça organizam seus sistemas de acordo com modelos bismarquianos ou beveridianos, enfrentando as mesmas. (OLIVEIRA, 2010)

Por fim, a judicialização deve se submeter a balizas de razoabilidade, economicidade e segurança jurídica. O direito à saúde deve ser compatibilizado com a sustentabilidade das políticas públicas, evitando que demandas individuais desestruturem o sistema como um todo. O SUS, embora seja um sistema público universal, não é ilimitado.

A proteção judicial deve considerar o contexto coletivo, o impacto orçamentário e os princípios da justiça distributiva. Só assim será possível transformar o direito à saúde em um instrumento efetivo de promoção da igualdade e da dignidade humana, e não em um privilégio acessível apenas àqueles com maior poder de mobilização judicial. A compatibilização entre o direito individual e o interesse coletivo exige do Poder Judiciário sensibilidade institucional, deferência técnica às agências reguladoras e compromisso com a realização progressiva dos direitos sociais. A efetivação do direito à saúde, portanto, não se faz apenas na arena judicial, mas sobretudo na construção de políticas públicas estruturadas, transparentes e orientadas por critérios racionais de prioridade, custo-efetividade e inclusão social.

#### **4 O DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO EM ASSEGURAR A SAÚDE (ART. 196 CF) E O TRATAMENTO CONTRA O CARCINOMA**

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", devendo ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Esse mandamento impõe ao poder público a responsabilidade de estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios da integralidade, equidade e descentralização. No entanto, diante das falhas estruturais do sistema, especialmente no tratamento de doenças complexas como o carcinoma, observa-se a frequente necessidade de intervenção do Poder Judiciário para garantir o cumprimento desse dever constitucional. A Lei nº 12.732/2012, conhecida como "Lei dos 60 dias", prevê que o tratamento oncológico deve ter início em até dois meses após o diagnóstico.

Apesar de representar um avanço legislativo importante, sua efetividade tem sido limitada pela falta de infraestrutura, planejamento e recursos no SUS. Nesse contexto, o ativismo judicial passou a ser uma ferramenta utilizada por pacientes e seus defensores para assegurar o cumprimento do prazo legal. Embora a judicialização possa ser um mecanismo legítimo de efetivação de direitos, ela também impõe desafios à gestão pública, especialmente quando decisões judiciais individuais desconsideram a lógica de distribuição equitativa dos recursos e os critérios técnicos definidos por órgãos como a CONITEC.

Diante desse cenário, a ação popular surge como um instrumento jurídico alternativo e coletivo de controle da saúde pública. (CHELLI, 2013) Por meio dela, qualquer cidadão pode provocar o Judiciário a fim de anular atos lesivos ao patrimônio público, à moralidade administrativa ou à legalidade, incluindo a omissão do Estado na implementação de políticas de saúde. Quando utilizada de forma estratégica, a ação popular pode favorecer a proteção de interesses difusos e reforçar a accountability estatal, atuando não apenas para resolver casos concretos, mas também para induzir a melhoria estrutural dos serviços públicos de saúde, em especial na área oncológica.

#### **4.1 O ativismo judicial para a efetividade da proteção legal (Lei 12.732/2012)**

A Lei nº 12.732/2012 representou um marco normativo no tratamento do câncer no Brasil, ao estabelecer o direito do paciente oncológico de iniciar o tratamento pelo SUS no prazo máximo de 60 dias após a confirmação do diagnóstico. Essa medida buscou garantir maior celeridade na resposta do sistema de saúde diante de uma patologia cuja evolução clínica exige intervenções rápidas e coordenadas. No entanto, a plena efetividade dessa legislação ainda encontra sérias barreiras estruturais, como o subfinanciamento crônico do SUS, a ausência de mecanismos de fiscalização eficientes e a sobrecarga dos entes federativos, especialmente os municípios. Como consequência, milhares de pacientes não conseguem acessar o tratamento dentro do prazo legal, transformando o direito previsto em norma em uma expectativa frustrada pela realidade operacional do sistema público.

Diante da inefetividade da aplicação espontânea da lei, o Poder Judiciário passou a ser acionado com frequência por pacientes e entidades da sociedade civil, por meio de ações individuais e coletivas. Esse fenômeno se insere no contexto mais amplo do ativismo judicial em matéria de direitos sociais, em que o Judiciário atua não apenas como árbitro, mas como agente de transformação institucional. (ROSÁRIO; LIMA, 2024)

Para os autores, embora tal atuação tenha assegurado o acesso ao tratamento para milhares de pacientes, ela também levantou questões sobre os limites da interferência judicial nas políticas públicas.

Em especial, quando as decisões são proferidas sem considerar os parâmetros estabelecidos pelas autoridades sanitárias, como a CONITEC, ou os impactos orçamentários que tais determinações geram na estrutura do SUS, podendo comprometer a alocação racional de recursos e a justiça distributiva.

Um dos principais desafios é o risco de desequilíbrio orçamentário provocado por decisões judiciais que determinam a entrega de medicamentos ou o início imediato do tratamento, sem considerar as diretrizes técnicas da CONITEC ou a lógica de priorização dos sistemas públicos.

Como destaca FARIA (2012), o “efeito perverso da judicialização” se dá quando o direito à saúde é instrumentalizado para atender a interesses isolados, em detrimento da coletividade. A situação se agrava quando se observa que o SUS já opera em um cenário de subfinanciamento crônico, no qual recursos escassos precisam ser distribuídos com base em critérios de custo-efetividade. Ao ignorar essas balizas, a judicialização desorganiza a lógica sistêmica da política pública, cria precedentes desiguais e penaliza justamente os mais pobres, que dependem exclusivamente do acesso administrativo para ver seus direitos reconhecidos.

Nesse cenário, a atuação judicial para assegurar o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 deve se pautar por critérios de razoabilidade, proporcionalidade e deferência técnica às autoridades sanitárias competentes. A proteção judicial do direito à saúde, para ser eficaz e equânime, não pode ignorar a escassez de recursos públicos, o planejamento setorial e os limites impostos pela Constituição. Como aponta o Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, a realização progressiva do direito à saúde deve ser guiada por princípios como não discriminação, equidade e alocação racional de recursos. O Judiciário, portanto, deve buscar um equilíbrio entre a urgência do tratamento individual e os efeitos sistêmicos de suas decisões, garantindo que o direito de um não inviabilize o direito de muitos.

É importante destacar que o ativismo judicial pode assumir uma feição virtuosa quando serve como instrumento de pressão institucional para o aperfeiçoamento das políticas públicas. Em diversos estados brasileiros, decisões judiciais que determinaram o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 contribuíram para a reorganização das redes de atenção oncológica e para a ampliação do acesso a exames e terapias especializadas. No entanto, para que esse processo seja sustentável, é essencial que o Judiciário atue em cooperação com os gestores públicos, respeitando os parâmetros técnico-científicos e dialogando com as diretrizes estabelecidas por órgãos como a CONITEC e a ANVISA. A atuação judicial responsável e bem fundamentada pode ser um importante catalisador de mudanças estruturais, desde que não se substitua à formulação democrática das políticas públicas.

A literatura nacional e internacional tem discutido amplamente os limites e possibilidades do controle judicial das políticas públicas de saúde. Autores como Daniel Wang e Virgílio Afonso da Silva argumentam que, embora o Judiciário possa intervir diante de omissões estatais injustificadas, essa intervenção deve respeitar os marcos técnicos e democráticos do SUS. O risco, segundo eles, é

transformar a exceção em regra, promovendo uma lógica judicial que privilegia os que têm acesso ao sistema de justiça em detrimento daqueles que dependem exclusivamente da ação pública estruturada. Essa distorção acarreta um efeito regressivo sobre a política de saúde, pois ao priorizar demandas pontuais e descoladas do planejamento coletivo, compromete-se o princípio da equidade e agrava-se a desigualdade de acesso, especialmente em regiões mais pobres e com menor infraestrutura.

Nesse sentido, o ativismo judicial relacionado à Lei nº 12.732/2012 evidencia tanto a importância da via judicial como ferramenta de efetivação de direitos quanto os seus limites institucionais. A solução para o problema do acesso ao tratamento do câncer, no entanto, não pode estar restrita ao Judiciário. Ela exige o fortalecimento das estruturas públicas de saúde, a valorização do planejamento estatal, a adoção de critérios técnicos claros para a incorporação de tecnologias e o compromisso dos Três Poderes com a garantia de um sistema universal, equitativo e sustentável. O equilíbrio entre a proteção do direito individual e a preservação das políticas públicas depende de um Judiciário sensível às realidades orçamentárias e capaz de dialogar com os parâmetros técnicos, contribuindo para a construção de um modelo de saúde pública mais justo, eficiente e solidário.

#### **4.2 Ação popular como alternativa de controle da saúde pública**

Diante das limitações estruturais, do subfinanciamento e da judicialização individualizada da saúde no Brasil, a ação popular desponta como uma ferramenta jurídica relevante de controle democrático e coletivo sobre a efetividade das políticas públicas sanitárias. Prevista no artigo 5º, inciso LXXIII da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 4.717/65, a ação popular permite a qualquer cidadão propor demanda judicial com o objetivo de anular atos administrativos lesivos ao patrimônio público, à moralidade administrativa, ao meio ambiente ou ao patrimônio histórico e cultural. Sua natureza coletiva e seu fundamento na cidadania tornam esse instrumento especialmente importante para a fiscalização da legalidade e da moralidade no setor da saúde, inclusive no tocante à implementação de políticas oncológicas.

No campo da saúde, a ação popular pode ser utilizada para contestar omissões do poder público que resultem na ineficácia de políticas públicas essenciais, como no caso da não implementação da Lei nº 12.732/2012. Enquanto a judicialização individual tende a resolver casos pontuais, muitas vezes em benefício de quem detém maior capacidade de mobilização, a ação popular permite a defesa do interesse coletivo, com potencial de impacto estrutural. Trata-se, portanto, de um instrumento que amplia o acesso à justiça social, democratiza o debate sobre prioridades sanitárias e pressiona o Estado a atuar com transparência e eficiência, especialmente no que diz respeito ao tratamento tempestivo do carcinoma.

Diversas experiências demonstram o potencial transformador da ação popular na área da saúde. Casos emblemáticos envolveram a inércia de gestores em garantir acesso ao tratamento oncológico no prazo legal, a ausência de infraestrutura para o funcionamento de unidades especializadas, ou ainda a

aquisição de medicamentos sem aprovação da ANVISA. Em situações assim, a ação popular pode exigir do Estado não apenas medidas reparatórias, mas também a adoção de políticas públicas que respeitem os princípios da legalidade, da eficiência e da equidade. A via coletiva revela-se, assim, mais apta a provocar mudanças sistêmicas do que a simples concessão de tratamentos isolados via decisão judicial.

Além disso, a ação popular contribui para o fortalecimento da accountability institucional. Ao possibilitar que o cidadão atue como fiscal da legalidade e da moralidade administrativa, ela reforça o controle social e pressiona os gestores públicos a adotarem decisões baseadas em critérios técnicos, transparentes e juridicamente válidos. Isso é particularmente importante no contexto da saúde pública, em que a ausência de prioridades explícitas, a desorganização das listas de medicamentos (RENAME/RENASES) e o uso político dos recursos frequentemente comprometem a justiça distributiva. A ação popular, ao demandar justificativas públicas para os atos estatais, impõe coerência entre as normas legais e a sua execução.

A ação popular também se revela uma via alternativa diante da crescente crítica ao modelo de judicialização atomizada, que muitas vezes desconsidera os impactos econômicos e sociais de suas decisões. Ao canalizar a demanda social por saúde para uma ação coletiva com fundamentação técnica e jurídica robusta, evita-se o risco de decisões judiciais contraditórias e o desequilíbrio na alocação de recursos. Com isso, cria-se um espaço de diálogo institucional entre sociedade civil, Ministério Público, gestores e Judiciário, promovendo maior racionalidade na formulação e execução das políticas públicas. A ação popular, portanto, atua como um corretivo democrático frente às distorções do modelo atual.

No plano teórico, a ação popular reafirma a natureza pública e universal do direito à saúde. Ao invés de individualizar o conflito, ela obriga o Estado a justificar suas escolhas diante da coletividade, tornando visíveis os critérios (ou a ausência deles) que orientam o planejamento e a execução das políticas públicas. Isso reforça os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade e eficiência (art. 37 da CF), além de responder diretamente à questão central proposta na introdução deste trabalho: como identificar e corrigir os erros estruturais que comprometem a eficácia das políticas sanitárias, especialmente no tratamento de doenças como o carcinoma?

A pergunta “como identificar o fator erro na eficácia das políticas públicas sanitárias e quais instrumentos podem ser utilizados para combater os desafios transnacionais no tratamento do carcinoma?” encontra, assim, uma resposta concreta: o fator erro reside, muitas vezes, na ausência de planejamento, de critérios técnicos e de mecanismos institucionais que permitam avaliar e corrigir falhas sistemáticas. A ação popular, ao lado da atuação qualificada do

Judiciário e da sociedade civil, oferece um caminho estruturante, capaz de reorientar políticas públicas com base em evidências e prioridades sanitárias bem definidas.

Portanto, mais do que uma ferramenta processual, a ação popular deve ser compreendida como um mecanismo de democratização do acesso à justiça e de fortalecimento da cidadania. No contexto da saúde, sua valorização é essencial para a construção de um sistema público transparente, equitativo e eficiente, capaz de responder aos desafios contemporâneos, inclusive os de natureza transnacional. Somente por meio do controle social efetivo, da participação cidadã e do compromisso com a justiça distributiva será possível concretizar, na prática, o direito à saúde previsto constitucionalmente, promovendo dignidade para todos, inclusive para aqueles acometidos por doenças graves como o carcinoma.

## **CONCLUSÃO**

Ao longo deste estudo, buscamos responder à questão central: como identificar o fator erro na eficácia das políticas públicas sanitárias e quais instrumentos podem ser utilizados para combater os desafios transnacionais no tratamento do carcinoma? A análise revelou que o fator erro reside, em grande medida, na ausência de planejamento estratégico, na desarticulação entre os entes federativos e na falta de critérios técnicos uniformes para a implementação de políticas de saúde. Esses elementos contribuem para a ineficácia das ações públicas e para a ampliação das desigualdades no acesso ao tratamento oncológico.

A judicialização da saúde, embora tenha se mostrado um mecanismo eficaz para garantir o acesso individual a tratamentos, muitas vezes desconsidera os impactos econômicos e sociais de suas decisões, podendo comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde. Nesse contexto, instrumentos como a ação popular emergem como alternativas viáveis para o controle coletivo das políticas públicas, permitindo a correção de falhas estruturais e a promoção da justiça distributiva.

Adicionalmente, é fundamental destacar que pacientes com câncer têm o direito ao tratamento adequado, inclusive quando este envolve procedimentos ou medicamentos não disponíveis no país. Conforme esclarece o escritório Vilhena Silva Advogados, "caso o tratamento necessário não esteja disponível no Brasil, é possível buscar o custeio do tratamento internacional, desde que haja prescrição médica e comprovação da eficácia do procedimento". Essa possibilidade reforça a obrigação do Estado em assegurar o direito à saúde, conforme preconiza o artigo 196 da Constituição Federal.

Portanto, para superar os desafios transnacionais no tratamento do carcinoma e garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, é imprescindível a adoção de uma abordagem

integrada, que envolva planejamento estratégico, articulação entre os entes federativos, critérios técnicos uniformes e mecanismos de controle social. Somente assim será possível assegurar o direito à saúde de forma equitativa e sustentável, atendendo às necessidades da população e respeitando os princípios constitucionais que regem o sistema de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Direito sanitário: temas fundamentais**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores da Saúde – Objetivo 3: Saúde e Bem-Estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/ods/indicadores-da-saude/objetivo-03/>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 250. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF> Acesso em: 12 abr. 2025.
- CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques et al. **Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 5, p. 784–790, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/66MXhZ5GyBFwWYGLNKkX55P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- CHELLI, Reinaldo Aparecido. **Principais aspectos processuais da ação popular**. Revista da Escola Superior da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo – RESPGE-SP, v. 4, n. 1, p. 287-314, jan./dez. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.
- CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília: CNJ, 2013. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas\\_do\\_Fenomeno\\_da\\_Judicializacao\\_da\\_Saude-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Dilemas_do_Fenomeno_da_Judicializacao_da_Saude-1.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.
- DALLARI, Sueli Gandolfi et al. **O Poder Normativo das Comissões Intergestores Bipartite e a efetividade de suas normas**. R. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.1, mar./jun. 2016, p. 40. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117044>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- FARIAS, Juliana Oliveira. **Judicialização da saúde: efeitos e desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. In: XXIV Encontro Nacional do CONPEDI – UFS. Florianópolis: CONPEDI, 2015. p. 123-140. Disponível em:

<https://site.conpedi.org.br/publicacoes/c178h0tg/rma2ey1m/Q9P9512n6F4474LY.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2025.

HERINGER, Rosângela. **Quantas políticas públicas há no Brasil?** Brasília: Instituto Legislativo Brasileiro, Senado Federal, 2018. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555174/ILB2018\\_HERINGER.pdf?sequence=1](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555174/ILB2018_HERINGER.pdf?sequence=1). Acesso em: 12 abr. 2025.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. PIRES, Roberto Rocha C.; MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.

LAMPREA, Everaldo. **Colombia's Right-to-Health Litigation in a Context of Health Care Reform.** In: GLOPPEN, Siri; ROSEMAN, Mindy Jane (Eds.). **Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?** Cambridge: Harvard University Press, 2011. p. 132-154. Disponível em: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2255658](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2255658). Acesso em: mar. 2025.

MARRARA, Thiago. **A atividade de planejamento na Administração Pública: o papel e o conteúdo das normas previstas no anteprojeto da Nova Lei de Organização Administrativa.** Revista Brasileira de Direito Público – RBDP, ano 9, n. 34, p. 9-45, Belo Horizonte, jul-set. 2011.

MOYN, Samuel. **A última utopia: os direitos humanos na história.** Tradução de Bernardo Joffily. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/perspectivafilosofica/article/viewFile/230249/24483>. Acesso em março 2025

NAÇÕES UNIDAS. **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 12 abr. 2025.

NUNES, José A. et al. **Critérios de rateio de recursos financeiros no SUS para reduzir desigualdades regionais: uma análise normativa.** Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1897-1908, 2020. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/criterios-de-rateio-de-recursos-financeiros-no-sus-para-reduzir-desigualdades-regionais-uma-analise-normativa/19267?id=19267>. Acesso em: 12 abr. 2025.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento.** Revista CEJ, Brasília, Ano XIV, n. 48, p. 92-100, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tabcas/r24876.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Adotado pela Assembleia Geral da ONU em 16 dez. 1966. Promulgado no Brasil pelo Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acesso em: 12 abr. 2025.

POSNER, Eric A. **The twilight of human rights law.** Oxford: Oxford University Press, 2014. Disponível em: <https://global.oup.com/academic/product/the-twilight-of-human-rights-law-9780199313440>. Acesso em: 12 abr. 2025.

RETH, Martha. **Prioridades em saúde pública e os desafios da justiça social.** In: Anais do Seminário Internacional – 30 Anos do Direito à Saúde. São Paulo: USP, 2019.

ROSÁRIO, Adriani Queiroz do; LIMA, Lucas do Couto Gurjão Macedo. **Judicialização da saúde pública no Brasil: a importância das teses do STF como limites ao ativismo judicial em ações envolvendo medicamentos não regulados pela ANVISA.** 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/judicializacao-da-saude-publica-no-brasil-a->

importancia-das-teses-do-stf-como-limites-ao-ativismo-judicial-em-acoes-envolvendo-medicamentos-nao-regulados-pela-anvisa/. Acesso em: 12 abr. 2025.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado.** Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. Brasília, v.10, n.3, 2016, p. 1-28. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7071/1/TD\\_2247.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7071/1/TD_2247.pdf). Acesso em: 12 abr. 2025.

WANG, Daniel. **Health rights litigation in Brazil and its political context.** Harvard Human Rights Journal, v. 28, 2015. Disponível em

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3774974](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3774974). Acesso em março de 2025

WANG, Daniel. **Judicialização e direito à saúde: para além da medicina baseada em evidências.** In: Anais do Seminário Internacional – 30 Anos do Direito à Saúde. São Paulo: USP, 2020.