

**ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, GOVERNO E TERCEIRO
SETOR**

AS CONSEQUÊNCIAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

RESUMO

Estudos mostram que ações judiciais envolvendo medicamentos são crescentes no Brasil, desde 1990, aumentando significativamente ano a ano, tendo acelerado a partir do início dos anos 2000 e não demonstrando tendência de desaquecimento. Assim, o objetivo desse artigo é compreender e discutir esse fenômeno presente e crescente no Brasil que é a judicialização da saúde e suas consequências. Para isso, foi feito um levantamento bibliográfico e uma discussão teórica que mostrou que a judicialização da saúde pode trazer prejuízos a execução de Políticas de Saúde no âmbito do SUS, pois o cumprimento das crescentes ações judiciais para fornecimento de medicamentos acarreta gastos elevados e não programados para o Estado. Além disso, o uso da judicialização para o recebimento de medicamentos pode acarretar prejuízos à equidade e universalidade na saúde, pois estudos demonstraram que a maior parte dos processos requerendo medicamentos foram realizados por pacientes atendidos em sistema privado e representados por advogados particulares, demonstrando um alto perfil socioeconômico. Assim o acesso a medicamentos pela via judicial privilegia uma minoria que tem acesso ao judiciário.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. SUS. Brasil.

ABSTRACT

Studies show that lawsuits involving medicines have been growing in Brazil since 1990, increasing significantly year on year, having accelerated since the early 2000s and showing no downward trend. Thus, the objective of this article is to understand and discuss this phenomenon, present and growing in Brazil, which is the judicialization of health and its consequences. To this end, a bibliographic survey and a theoretical discussion were carried out that showed that the judicialization of health can harm the execution of Health Policies within the scope of SUS, since the fulfillment of the increasing lawsuits for the supply of medicines entails high and unscheduled expenses. for the state. In addition, the use of judicialization for the receipt of medications can cause damage to equity and universality in health, as studies have shown that most of the processes requiring medications were carried out by patients treated in a private system and represented by private lawyers, demonstrating a high socioeconomic profile. Thus, access to medicines through the courts favors a minority that has access to the judiciary.

Keywords: Judicialization of health. SUS. Brazil.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo geral deste trabalho é discutir sobre o processo de judicialização da saúde no Brasil. Para isso, faremos um breve histórico do processo de constituição do Sistema Único de Saúde, desde o surgimento do movimento sanitarista na Ditadura Militar, que construiu durante as décadas de 70 e 80 as bases para o entendimento da saúde enquanto direito social universal e de responsabilidade do Estado, como prevê o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que para materializar a política pública de saúde, instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008), analisando também os princípios previstos pela Lei 8.080 de 1990 e na lei 8.142/1990.

A pesquisa se justifica pela crescente judicialização do acesso a medicamentos, impactando o orçamento público, cujo excesso pode causar uma iniquidade na execução das políticas públicas de saúde, privilegiando aqueles que têm acesso ao Poder Judiciário, prejudicando aqueles que têm acesso a medicamentos e tratamentos ofertados pelos limitados recursos destinados ao SUS.

O artigo se divide nessa introdução, em um referencial teórico sobre o processo de construção do SUS e em discussões sobre a judicialização da saúde no Brasil e o acesso a medicamentos.

2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Durante o período da Ditadura Militar, de acordo com Paiva e Teixeira (2014), o Brasil tinha um sistema de saúde que se dividia entre a medicina previdenciária, voltada para os trabalhadores formais das zonas urbanas, sob responsabilidade dos institutos de pensão, e a saúde pública comandada pelo Ministério da Saúde e direcionada para a zona rural e os setores mais pobres, se concentrando na medicina preventiva.

Segundo Fernandes (2011), durante o período houve uma proliferação de planos de saúde privados, em que o governo, entre 1970 e 1974, destinou recursos públicos para construção e reformas de hospitais particulares. Esse quadro motivou o início às críticas ao modelo de assistência médica da Previdência Social e favoreceu a criação de uma atmosfera favorável para discussão na mudança desse sistema (FERNANDES, 2011).

Em um ambiente permeado por críticas ao sistema de saúde vigente, aconteceu em 1976 a 32ª reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na Universidade de Brasília, sendo lançado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que segundo Fernandes (2011), foi um momento importante para o movimento reformista, ao criar um espaço para debate e análise da saúde pública brasileira, formulando contra-políticas.

Os CEBES são considerados ainda, por alguns autores, o “braço civil da Reforma Sanitária”, por criar um espaço de diálogo envolvendo o movimento sanitário e os demais movimentos sociais (FERNANDES, 2011).

A partir do CEBES a Reforma Sanitária começa sua elaboração, sendo nesse momento que o movimento pela reforma se desenvolve, avançando em seu processo de organização, alcançando maiores níveis de institucionalidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1979, foi realizado o 1º Simpósio Nacional de Política Pública de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em que o CEBES citou no documento “A Questão Democrática da Saúde”, pela primeira vez, a proposta da criação de um Sistema Único de Saúde (FERNANDES, 2011). No mesmo ano foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que se colocou como uma forma de organização dos programas de pós-graduação da saúde pública, da medicina social e da medicina coletiva, sendo uma das peças-chave na construção da identidade de uma saúde coletiva (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), o processo de distensão da Ditadura Militar no final dos anos 70, possibilitou o desenvolvimento e fortalecimento dos movimentos sociais, que foram fundamentais na gênese do movimento sanitário. A literatura sobre o tema ressalta que o movimento reunia diversas forças sociais que estavam unidas na luta contra o Regime Militar (FERNANDES, 2011). Sobre movimentos sociais, Paiva e Teixeira (2014) dizem:

O movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos foram os principais. O primeiro surgiu a partir de grupos apoiados pela Igreja católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades e tinha como uma de suas principais bandeiras a melhoria das condições de saúde dessas regiões (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 23).

Ainda sobre os movimentos sociais, Paiva e Teixeira (2014) prosseguem dizendo que o movimento dos médicos surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde e das lutas pelos direitos trabalhistas que, liderados por associações e sindicatos, promoveram greves e outros atos em prol de melhorias nas condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde.

O movimento médico e o popular tiveram grande importância na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde, ajudando na formatação do movimento sanitarista, principalmente a partir da atuação de grupos organizados na oitava CNS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, convocada pelo Ministério da Saúde, debateu a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e de seu financiamento, com a participação de movimentos sociais, sindicais, associações profissionais de saúde, do CEBES e da ABRASCO (NORONHA et. al., 2008).

A oitava CNS obteve conquistas importantes, principalmente no reconhecimento da saúde como função pública e a universalização do direito a saúde (FERNANDES, 2011). Ainda foi discutido a participação popular na política pública de saúde e o controle social da máquina do Estado (FERNANDES, 2011).

Segundo Noronha et al. (2008), a VIII conferência promoveu um intenso debate sobre os temas abordados no encontro até a aprovação da Constituição Federal em 1988, construindo as bases que fazem da saúde um direito universal e assegurado pelo Estado, sendo constitucionalmente previsto pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, consagrando a saúde como direito a todos e dever do Estado.

Com o direito à saúde salvaguardada pela lei, para materializar o serviço de saúde, de acordo com Noronha et al (2008), é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei 8.080 de 1990, que em seu artigo 4º o define como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além da instituição do SUS, a Lei 8.080 de 1990, em seu artigo 7º, dispõe sobre os seus 14 princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#).

Nos anos 90, em um cenário de concepção de Estado mínimo, com a ascensão do neoliberalismo no Brasil, o Estado adotou medidas de redução do tamanho e das capacidades do Estado, estando nesse contexto, o cenário estrutural de crise do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Dentre todos os direitos previstos na Constituição Federal, o direito à saúde é o mais debatido de forma doutrinária e judicial. Sendo um direito primordial e fundamental de todos os seres humanos, previsto no Art. 196 Constituição Federal de 1988, porém nem sempre esse direito é respeitado e cumprido da maneira correta. Dispõe o Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo a saúde tipificada como um bem jurídico intrínseco ao direito à vida, é natural que o Estado tenha a incumbência de tutelá-la. Ordacgy, (2007) destaca que:

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais (ORDACGY, 2007, p. 1).

Portanto, o direito à saúde refere-se a um conjunto de normas jurídicas que regulam a atividade da Administração Pública, incumbida de proteger, promover e recuperar a saúde enquanto bem jurídico deste Direito. Segundo Pessoa (2011), o tal direito engloba também a proteção do bem-estar físico, mental e social de todas as pessoas.

Impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida. Contudo, a valorização do direito à saúde se deve ao fato desse ser essencialmente um direito fundamental do homem, considerando-se que a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52).

Sarlet (2005) cita que a saúde não deve mais ser compreendida como um direito individual, pois os estados são, em sua maioria, forçados, por disposição constitucional, a proteger a saúde contra todos os perigos, inclusive contra os próprios cidadãos, daí emerge o seu caráter social. Neste contexto, houve a edição da Lei 8.080/90, que veio para regulamentar o Sistema Único de Saúde, o SUS, bem como estabelecendo princípios e diretrizes para a saúde em nosso país.

A referida lei dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Sendo assim, ela regula em todo o território brasileiro as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). Além disso, ela enfatiza que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A lei 8.142 também de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Os recursos referidos serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Uma questão complexa e relevante é o financiamento e distribuição de recursos do SUS, que gerou um problema, que teve início com a promulgação da LOS e, que foi constitucionalmente definido através da Emenda Constitucional 29/2000, que alterou o art. 198, § 3º, da Constituição Federal.

Após anos de embate, houve a sua regulamentação pela Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os: (II) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; (III) critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; (IV) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Desse modo, cabe ao Estado – por ser o responsável pela consecução da saúde – a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, desse modo o amplo acesso aos medicamentos, por integrar a política sanitária, insere-se no contexto da efetivação do direito à saúde, de modo que as políticas e ações atinentes aos produtos farmacêuticos devem sempre atender ao mandamento constitucional de relevância pública.

3 DISCUSSÕES: o Acesso a Medicamentos no SUS e a Judicialização da Saúde

O acesso a medicamentos no Brasil está regulamentado através da Política Nacional de Medicamentos (PNM), formulada em 1998, com objetivo de garantir medicamentos seguros e eficazes, considerados essenciais à população (MACHADO et al, 2011; SANTANA et al, 2011).

Dentre as diretrizes da PNM, são prioridades a reorientação da assistência farmacêutica e a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Estas diretrizes foram posteriormente reafirmadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (SANTANA et al, 2011).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) define as diretrizes de gestão com objetivo de assegurar o fornecimento e o uso racional de medicamentos, tendo como um dos seus eixos estratégicos a adoção da RENAME, que é um instrumento racionalizador e orientador das ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização no âmbito da assistência farmacêutica no SUS, nos três níveis de complexidade de atenção à saúde - primário, secundário e terciário (SANTANA et al, 2011; CATANHEIDE et al, 2016).

Medicamentos essenciais são, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), aqueles medicamentos que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população. A seleção destes medicamentos é epidemiológica, ou seja, baseada nos principais problemas de saúde da população, e busca refletir necessidades coletivas, ao invés de perspectivas individuais ou de grupos específicos, prezando pela integralidade da atenção. Além de melhorar a qualidade da atenção à saúde, ela possibilita melhora na gestão de medicamentos, capacitação de prescritores e informação aos cidadãos.

A adoção da RENAME não é considerada como uma medida de austeridade financeira. Medicamentos de alto custo podem ser incluídos, desde que seja comprovada sua relevância epidemiológica, eficácia e segurança. Também é importante comparar relação custo-efetividade ao selecionar os medicamentos (MACHADO et al, 2011; SANTANA et al, 2011).

Apesar da consistência da PNAF, seu objetivo não tem sido alcançado plenamente, devido a fatores como: o desconhecimento ou a não adesão dos prescritores às listas de medicamentos disponíveis, as falhas na oferta tempestiva e a pressão das indústrias farmacêuticas em prol do uso de fármacos não contemplados nas listas (CATANHEIDE et al, 2016).

As políticas de medicamentos essenciais têm como objetivo promover sustentabilidade, qualidade, uso racional e, principalmente, acesso. Entretanto, não é possível, por razões de custo-efetividade e impacto orçamentário, incorporar 100% dos medicamentos nas listas de qualquer sistema de saúde do mundo, por mais rico que seja, o que é inerente à dinâmica do processo saúde e doença em uma população. Existe um número enorme e crescente de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado global, porém nem sempre, novos medicamentos relacionam-se a ganhos terapêuticos nem se pode, por vezes, conhecer sobre sua

segurança quando comparados aos medicamentos já disponíveis e sabidamente seguros e eficazes, tornando difícil dimensionar seus possíveis riscos (SANTANA et al, 2011; FERRAZ, 2019)

Com base no direito à saúde, garantido pela Constituição Federal do Brasil de 1988, tem sido crescente um fenômeno comumente chamado de judicialização da saúde (SANTANA et al, 2011; FERRAZ, 2019). Ferraz (2019) define a judicialização da saúde pública no Brasil como “ações judiciais que demandam medicamentos, tratamentos e outros benefícios de saúde contra o Estado com fundamento no direito à saúde reconhecido na Constituição Federal”. Esse fenômeno se expressa, principalmente, em demandas judiciais por medicamentos (SANTANA et al, 2011; FERRAZ, 2019).

Estudos mostram que ações judiciais envolvendo medicamentos são crescentes no Brasil, desde 1990, aumentando significativamente ano a ano, tendo acelerado a partir do início dos anos 2000 e não demonstrando, tendência de desaquecimento. Em 1990, as ações eram relacionadas a medicamentos para o tratamento de enfermidades direcionadas, como HIV/Aids, porém, atualmente, apresenta abrangência mais diversificada, incluindo medicamentos para as mais variadas indicações terapêuticas (SANTANA et al, 2011; FERRAZ, 2019).

Segundo Ferraz (2019), juízes interpretam o direito à saúde do artigo 196 da Constituição, não importando se o pedido foi motivado por falha na prestação estatal ou não, deferindo tudo indiscriminadamente, bastando apenas a prescrição médica para tal decisão. Outros autores corroboram com esta afirmativa de que basta a prescrição médica para embasar a sentença judicial no deferimento das liminares e assim acatar quase que automaticamente, todas as demandas que chegam ao Judiciário. Com base no direito à saúde, são deferidos medicamentos não incluídos na RENAME, mesmo diante de ausência, falta de eficácia, incompatibilidade ou esgotamento do protocolo instituído pelo SUS (MACHADO et al, 2011; CATANHEIDE et al, 2016; SILVA; SCHULMAN, 2017; FERRAZ, 2019).

A judicialização da saúde pode trazer prejuízos a execução de Políticas de Saúde no âmbito do SUS, pois o cumprimento das crescentes ações judiciais para fornecimento de medicamentos acarreta gastos elevados e não programados para o Estado (MACHADO et al, 2011; SANTANA et al, 2011).

O uso da judicialização para o recebimento de medicamentos pode acarretar prejuízos à equidade e universalidade na saúde. Estudos demonstraram que maior

parte dos processos requerendo medicamentos foram realizados por pacientes atendidos em sistema privado e representados por advogados particulares, demonstrando um alto perfil socio econômico. Assim o acesso a medicamentos pela via judicial privilegia uma minoria que tem acesso ao judiciário (MACHADO et al, 2011; FERRAZ, 2019).

Para FERRAZ (2019, p. 9):

A jurisprudência do “direito a tudo” (...) afeta também a equidade do sistema, promovendo uma separação entre aqueles que têm efetivamente acesso a tudo, via Justiça, e os que têm acesso apenas aos medicamentos e tratamentos ofertados com os recursos limitados do sistema público, cada vez mais afetados pelos crescentes gastos com a judicialização.

O sistema público de saúde possui graves problemas e parte da judicialização da saúde representa reação a esses problemas. O aumento desse tipo de demanda pode estar relacionado à implementação insatisfatória do direito à assistência farmacêutica. A procura das pessoas pelo judiciário é um demonstrativo de maior consciência da população sobre seus direitos, bem como maior receptividade do judiciário em relação aos direitos dos mais vulneráveis, maior fiscalização e controle da sociedade sobre a administração pública. Entretanto a judicialização da forma que vem sendo realizadas, as graves distorções que podem causar as ordens judiciais no sistema de saúde, quer do ponto de vista ético, técnico, organizacional e da saúde do reivindicante, não contribuem para a solução desses problemas (SANTANA et al, 2011; FERRAZ, 2019).

Assim, a judicialização excessiva pode ser um obstáculo para a consolidação da PNM, que objetiva garantir à população medicamentos eficazes, seguros e de qualidade por meio da promoção do uso racional de medicamentos (MACHADO et al, 2011).

A compreensão das bases históricas, jurídicas e dos princípios norteadores do SUS auxilia no entendimento do processo de judicialização da saúde para o acesso a medicamentos no SUS. Ainda que seja uma alternativa válida para democratizar o acesso a saúde, pode trazer prejuízos a execução de Políticas de Saúde no âmbito do SUS, pois o cumprimento das ações judiciais para fornecimento de medicamentos acarreta gastos elevados e não programados para o Estado (MACHADO et. al., 2011; SANTANA et. al., 2011).

A literatura do tema mostra que o acesso a medicamentos pela via judicial privilegia uma minoria que tem acesso ao judiciário (MACHADO et. AL., 2011; FERRAZ, 2019) e que, em alguns casos, pessoas recorrem à justiça em busca de medicamentos já incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (MACHADO, 2011; CATANHEIDE et. al., 2016).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 12 de março de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 de março de 2021.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis**. Rio de Janeiro. v. 26. n. 4, p. 1335-1356, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401335&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2021.

CONASEMS. **Lei complementar 141: guia prático para a gestão municipal**. 2015. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf. Acesso em 13 de março de 2021.

FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário brasileiro**. UnB. 2011. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/2682/1/2011_AnaJuliaCastroFernandes.pdf. Acesso em: 11 de março de 2021.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Rev. direito GV**. São Paulo. v. 15, n. 3. e1934. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322019000300208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2021.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 45. n. 3. p. 590-598. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2021. .

NORONHA, José de Carvalho de. LIMA, Luciana Dias de. MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 435 – 472. 2008.

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em: <http://www.ceaprs.org.br/wpcontent/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oupublica.pdf>. Acesso em: 13 março 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35.

PESSOA, Eudes André. **A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro**. Âmbito Jurídico. Rio Grande. a. 14, n. 89. jun. 2011.

SANT'ANA, João Maurício de Ávila. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2011, Volume 29. n. 2 Pg. 138-144. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/138-144/#ModalArticles>. Acesso em: 12 de março de 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 5. ed. rev. atual. E ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: Efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre. Livraria do Advogado. 2001.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Rev. Bioét.** Brasília. v. 25, n. 2, p. 290-300. Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200290&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março 2021.