

Artigo

Judicialização da saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030 e atuação do Poder Judiciário brasileiro na efetivação do direito à saúde

Judicialization of health and sustainable development goals: Agenda 2030 and the role of the Brazilian judiciary in implementing the right to health

Judicialización de la salud y objetivos de desarrollo sostenible: Agenda 2030 y el papel del poder judicial brasileño en la implementación del derecho a la salud

Fabício Alberto Lobão de Oliveira¹

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA.

 <https://orcid.org/0000-0001-9442-9104>

✉ fabricaobertooliveira@gmail.com

Natalie Maria de Oliveira de Almeida²

Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, MA.

 <https://orcid.org/0000-0002-1731-460X>

✉ natalie_oam@hotmail.com

Edith Maria Barbosa Ramos³

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA.

 <https://orcid.org/0000-0001-6064-1879>

✉ edith.ramos@ufma.br

Submissão em: 01/10/24

Revisão em: 09/10/24

Aprovação em: 09/10/24

Resumo

Objetivo: a presente pesquisa analisa a fundamentalidade do direito à saúde na Constituição Brasileira de 1988 e o posterior fenômeno da judicialização, perpassando pela evolução do conceito de desenvolvimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: a Agenda 2030. O direito à saúde é considerado essencial para garantir dignidade e qualidade de vida da população, de modo que a omissão do Estado no cumprimento dessas acaba por ensejar recurso ao Poder Judiciário.

Metodologia: Como estratégia de pesquisa, utilizou-se o levantamento documental e bibliográfico, colhido por meio de fontes selecionadas, com análise de decisões dos tribunais superiores. A pesquisa utilizou, ainda, artigos publicados em periódicos e publicações on-line, acessíveis gratuitamente e em língua portuguesa, com estratificação elevada, capazes de embasar o estudo do tema da judicialização da saúde e do desenvolvimento. **Resultados:** a inconclusão da Agenda 2030, a omissão legislativa e dificuldade de gestão da saúde por parte do Executivo acabam por gerar um crescimento exponencial das demandas judiciais em saúde, e passam a exigir das instituições do sistema de justiça respostas rápidas e eficientes em razão da própria natureza do direito judicializado. **Conclusão:** infere-se que prestações positivas e/ou negativas do dever estatal quanto à efetivação da saúde, inclusive para o

¹ Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil. Advogado, São Luís, MA, Brasil.

² Mestra em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil. Professora, Universidade Estácio de Sá, São Luís, MA, Brasil.

³ Doutora em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil. Professora, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

cumprimento de acordos internacionais, como é o caso da Agenda 2030, são essenciais e a ineficácia da atuação governamental, decorrente de eventuais falhas, justifica o acesso ao Poder Judiciário a fim de assegurar esse direito fundamental, proporcionando o fenômeno da judicialização.

Palavras-chave: Desenvolvimento; Direito à saúde; Judicialização; Políticas públicas.

Abstract

Objective: This research analyzes the fundamentality of the right to health in the Brazilian Constitution of 1988 and the subsequent phenomenon of judicialization, covering the evolution of the concept of development and the Sustainable Development Goals (SDGs): the 2030 Agenda. The right to health is considered essential to guarantee dignity and quality of life for the population, so that the state's failure to comply with these ends up giving rise to recourse to the judiciary. **Methodology:** As a research strategy, a documentary and bibliographic survey was used, collected through selected sources, with analysis of decisions of the higher courts. The research also used articles published in journals and online publications, accessible free of charge and in Portuguese with high stratification, capable of studying the theme of the judicialization of health and development. **Results:** the incompleteness of the 2030 Agenda, legislative omission and difficulty in managing health on the part of the executive branch have led to an exponential growth in legal demands in health, and have begun to demand quick and efficient responses from the institutions of the justice system due to the very nature of judicialized law. **Conclusion:** It can be inferred that positive and/or negative provisions of the state's duty regarding the implementation of health, including compliance with international agreements such as the 2030 Agenda, are essential and the ineffectiveness of government action resulting from possible failures justifies access to the judiciary in order to ensure this fundamental right, providing the phenomenon of judicialization.

Keywords: Development; Right to health; Judicialization; Public policies.

Resumen

Objetivo: esta investigación analiza la fundamentalidad del derecho a la salud en la Constitución brasileña de 1988 y el posterior fenómeno de judicialización, pasando por la evolución del concepto de desarrollo y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): la Agenda 2030. se considera fundamental para garantizar la dignidad y calidad de vida de la población, por lo que el incumplimiento por parte del Estado termina dando lugar al recurso al poder judicial. **Metodología:** Como estrategia de investigación se utilizó la investigación documental y bibliográfica, recopilada a través de fuentes seleccionadas, con análisis de decisiones de tribunales superiores. La investigación también utilizó artículos publicados en revistas y publicaciones en línea, accesibles gratuitamente y en portugués con alta estratificación, capaces de estudiar el tema de la judicialización de la salud y el desarrollo..

Resultados: lo incompleto de la Agenda 2030, la omisión legislativa y la dificultad en la gestión de la salud por parte del ejecutivo terminan generando un crecimiento exponencial de las demandas judiciales en salud, y comenzaron a exigir respuestas rápidas y eficientes de las instituciones del sistema de justicia debido a la naturaleza misma del derecho judicializado. **Conclusión:** Se infiere que los beneficios positivos y/o negativos del deber del Estado en materia de implementación de la salud, incluido el cumplimiento de acuerdos internacionales como la Agenda 2030, son esenciales y la ineficacia de la acción gubernamental derivada de posibles fallas, justifica el acceso al poder judicial. para garantizar este derecho fundamental, previendo el fenómeno de la judicialización.

Palabras clave: Desarrollo; Derecho a la salud; Judicialización; Políticas públicas.

Introdução

Como reflexo da transformação social, o conceito de desenvolvimento evoluiu de maneira significativa ao longo das décadas. Durante o período da industrialização, tratava-se de uma definição diretamente associada ao conceito de crescimento econômico. Isso porque pode-se afirmar que havia

um foco inicial voltado para o aumento de produção, emprego e prosperidade material, vez que se acreditava serem esses os fatores capazes de garantir melhor qualidade de vida. Nada obstante, mediante o surgimento de novas questões e preocupações emergentes de cunho social, sanitário e ambiental, a insuficiência dessa visão levou a um conceito novo vinculado à noção de justiça, equidade e sustentabilidade.

As crises sanitárias, sociais, políticas, ecológicas, a degradação ambiental e outros fatores ligados a estruturação contemporânea da sociedade destacaram a necessidade de uma noção integrada de desenvolvimento, que exigiu a formulação de agendas internacionais com o objetivo de conciliar crescimento econômico, garantia de equidade social e de gênero, bem com preservação de recursos naturais, o enfretamento de crises geradas pela globalização dos riscos e mundialização do capital.

É nesse cenário que surge a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecendo uma série com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a fim de orientar políticas globais sob uma perspectiva sustentável. Entre esses objetivos, destaca-se o ODS 3, referente à saúde e ao bem-estar, reconhecendo ambos os fatores enquanto fundamentais para a qualidade de vida e progresso. A partir desse objetivo, busca-se o acesso universal a cuidados de saúde e a promoção do bem-estar para todos, destacando a redução das dificuldades financeiras no setor da saúde enquanto um requisito para um sistema mais acessível e equitativo.

Apesar dos esforços do Estado na promoção do acesso universal a saúde e na garantia de que os serviços sejam acessados por todos de maneira igualitária, a realidade tem sido frequentemente marcada pela desigualdade, revelando lacunas nas políticas públicas e na implementação dos serviços de saúde. Com isso, a judicialização surge enquanto um mecanismo para pleitear a efetivação de garantias fundamentais, ao passo em que evidencia a falha dos sistemas tradicionais para a obtenção de medicamentos e tratamentos. Esse fenômeno reflete o nível de complexidade e dos principais desafios encarados pela gestão pública e pelo sistema de justiça, considerando a impossibilidade do Estado em atender a todas as necessidades de saúde.

Desse modo, o objetivo da presente pesquisa foi, através do conceito de desenvolvimento, considerando o contexto da Agenda 2030, abordar a judicialização da saúde enquanto ferramenta capaz de influenciar no aprimoramento da gestão pública e do planejamento de políticas públicas, promovendo a efetivação e concretização do direito à saúde. Do presente estudo, foi possível compreender que a prestação positiva e negativa do dever estatal quanto à efetivação da saúde é essencial, de modo que, em caso de eventuais falhas ou omissões, torna-se aceitável que o Poder Judiciário ultrapasse suas funções iniciais a fim de assegurar direito fundamental, fator que justifica o expoente crescimento de demandas adstritas ao tema.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: análise contextual do direito à saúde

A definição de desenvolvimento é certamente complexa, e a sua concepção é alterada de acordo com a quadra histórica na qual está inserida. Um grande marco ligado ao desenvolvimento foi a Primeira Revolução Industrial, ocorrida entre o fim do século XVIII e o início do século XIX, tendo como epicentro a Inglaterra, graças à criação da máquina a vapor⁽¹⁾.

A ideia de desenvolvimento na época da Revolução Industrial estava associada, exclusivamente, ao progresso econômico, e seguiu inabalada no período do pós-guerra, onde o mundo viveu na dicotomia capitalismo *versus* socialismo. No que tange ao lado ocidental (capitalistas), houve o surgimento de diversas teorias e movimentos ligados ao desenvolvimento⁽²⁾.

A permanência dessa ideia levou, conseqüentemente, o mundo a inúmeras tragédias relacionadas ao abuso dos recursos naturais e dos seus limites. Com efeito, houve a necessidade de um olhar mais holístico para o mundo, e a percepção sobre o desenvolvimento começou a mudar a partir de 1960, quando do surgimento de diversos marcos históricos, como: os decênios para o desenvolvimento, para a evolução do conteúdo do desenvolvimento da ONU (1960); a Conferência de Direitos Humanos em Teerã (1968); a Conferência das Nações Unidas em Meio Ambiente Humano - Conferência de Estocolmo (1972); a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, de 23 de novembro de 1979, que por meio da Resolução 34/46 reconheceu formalmente o desenvolvimento como um direito, e a Comissão Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (1987). Após esse período, iniciou-se uma nova era do desenvolvimento, conectada à sustentabilidade, o que fomentou diversas outras conferências mundiais ligadas ao tema da sustentabilidade e do desenvolvimento (Rio 92, Cúpula do Milênio das Nações Unidas (1994), Rio+10 (2002), Protocolo de Kyoto (2005), Rio+20 (2012)), culminando, atualmente, em preocupações sobre diversos problemas enfrentados, como: o desemprego, o acesso à água potável, a dignidade humana, a saúde, povos originários etc.¹. Por conseguinte, é um instrumento importante para a promoção do desenvolvimento sustentável, a partir dessa nova visão colaborativa, a ONU, desde 2016, tem empreendido esforços para a implementação dos ODS: a Agenda 2030.

Os ODS têm como lema principal, como expressa a ONU⁽³⁾, que “[...] ninguém seja deixado para trás.”^(3, p. 1). Por isso, foram estabelecidos os 17 ODS, que foram pensados para os 193 países signatários membros da ONU, independentemente do seu grau de desenvolvimento, formando um conjunto integrado e indivisível de prioridades globais, cabendo, pois, aos governos, estabelecer suas próprias metas conforme as circunstâncias nacionais; não podendo ser diferente no Brasil⁽⁴⁾.

Assim, para aperfeiçoar o tema faremos uma digressão histórica a partir do surgimento da Revolução Industrial no século XVIII, quando a humanidade passou a utilizar os recursos naturais como se fossem inesgotáveis. As fábricas foram impulsionadas pelas máquinas a vapor, que tinham como combustível a queima indiscriminada de carvão. Essa combustão gerou enorme impacto ambiental, que repercute até os dias atuais, como destacado por Sachs⁽⁵⁾, ao afirmar que “[...] a queima do carvão é ao mesmo tempo o emblema da Revolução Industrial e a raiz da nossa atual crise ambiental.”^(5, p. 10) (tradução nossa).

Nessa época, a concepção de desenvolvimento estava ligada exclusivamente à ideia de crescimento econômico, sem nenhuma preocupação com qualquer outro aspecto. Pearce⁽¹⁾ ressalta que “[...] o maior fenômeno de vertiginoso crescimento econômico que o mundo já experimentou até hoje foi aquele da Revolução Industrial aos dias de hoje.”^(1, p. 54).

Por anos que se seguiram, com as diversas fases da Revolução Industrial, e o enaltecimento do desenvolvimento econômico gerado por ela, o meio ambiente foi totalmente negligenciado⁽¹⁾. Desta forma, aprofundando o tema, Goldemberg e Barbosa⁽⁶⁾ revelam que “[...] a poluição e os impactos ambientais do desenvolvimento desordenado eram visíveis, mas os benefícios proporcionados pelo progresso eram justificados como um ‘mal necessário’, algo com que deveríamos nos resignar.”^(6, p. 1).

Porém, a partir do século XX, logo após a Segunda Guerra Mundial, passou a ser perceptível que o planeta Terra dava sinais de que estava em perigo. Para Barbieri⁽⁴⁾, “[...] o surto de crescimento econômico após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) iria agravar os problemas ambientais,

⁴ “The burning of coal is both the emblem of the Industrial Revolution and the root of our current environmental crisis”.

fazendo com eles extravasassem as fronteiras nacionais [...]”^(4, p. 21). Nesse período, portanto, houve o surgimento de um número acentuado de desastres ambientais em diversos locais do globo.

Muitas dessas catástrofes ambientais tiveram como causa o uso indiscriminado dos recursos naturais, com o objetivo único de gerar riquezas e crescimento da economia, perspectiva utilizada desde a época da Revolução Industrial⁽¹⁾.

Dentre esses desastres que ficaram registrados na história, podem-se citar os mais emblemáticos, que foram: O Grande Nevoeiro em Londres, *The Great Smog*, marcado pela severa poluição atmosférica, o que ocasionou a morte principalmente de crianças e idosos mais suscetíveis a doenças ligadas ao aparelho respiratório (1952); a contaminação por mercúrio da Baía de Minamata no Japão (1956), devido aos resíduos produzidos e dispersados pela indústria química Chisso, levando à morte milhares de pessoas^(1, 7).

Pearce⁽¹⁾ menciona, ainda, outro desastre que se destacou na história, onde em 1967 ocorreu o primeiro acidente com um navio petroleiro, ocasionando com isso o derramamento de “[...] 121 mil toneladas de petróleo na costa da Inglaterra, provocando o fenômeno da ‘maré-negra’, matando a fauna e a flora local e gerando imensos prejuízos econômicos para o setor pesqueiro.”^(1, p. 75).

Outro acontecimento importante para a detecção do problema ambiental nesse período do pós-guerra, foi o surgimento, em 1962, da obra *Primavera Silenciosa*, escrita pela bióloga Rachel Carson. Destacam Pinato e Tavares⁽⁸⁾, que “[...] essa obra foi considerada um marco do movimento ambientalista [...]”^(8, p. 24).

Na obra *Primavera Silenciosa*, a autora relaciona o desaparecimento de aves de uma região dos Estados Unidos da América (EUA) com o uso do pesticida Dicloro-Difenil- Tricloroetano (DDT), concluindo que todos os seres vivos estão interligados no mesmo ecossistema⁽¹⁾.

Assim, *Primavera Silenciosa*, traz à tona o escândalo por detrás do uso excessivo de pesticidas, levando inclusive ao banimento do DDT nos Estados Unidos, mas não só isso, fez surgir o movimento ambiental naquele país⁽⁸⁾.

Carson⁽⁹⁾ preleciona que a degradação gerada pela humanidade ao planeta é gigantesca, e faz um alerta sobre a irreversibilidade desses atos ao meio ambiente: É apenas na sequência temporal do século atual que uma espécie – homem – adquiriu o considerável poder de alterar a natureza deste mundo. Nos últimos vinte e cinco anos, esse poder não apenas assumiu uma escala preocupante, mas também mudou de forma. O ataque mais alarmante dos seres humanos ao meio ambiente é a contaminação da atmosfera, do solo, dos rios e do mar por substâncias perigosas e até fatais. Essa poluição é praticamente sem remédio, porque desencadeia uma cadeia fatal de danos nas áreas onde a vida é nutrida e no próprio tecido vivo.

É fácil perceber na lição de Carson⁽⁹⁾, que os problemas ambientais estão interligados, e que não existe o “lá fora”, pois toda a humanidade possui uma única habitação. Os problemas deixam de ser locais e passam a ter impactos no âmbito internacional, como, por exemplo, a deterioração da camada de ozônio e o aquecimento global.

Diante de toda essa comoção, e conseqüente preocupação advinda dos acontecimentos trágicos em escala global ligados ao meio-ambiente, surgiu a necessidade de criação de um fórum para discutir o problema, culminado na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (CNUMAH), em inglês, *United Nations Conference on the Human Environment*, realizada em 1972 em Estocolmo, a capital da Suécia. Essa conferência foi também uma oportunidade para que países do terceiro mundo lutassem pelo direito de crescimento econômico e contra a miséria. Pearce⁽¹⁾ acentua

que “[...] a conferência de Estocolmo foi antes de tudo, assim, um espaço de deliberação pública mundial em que aqueles historicamente menos ouvidos encontraram uma janela para gritarem seus desejos e aspirações.”^(1, p. 96).

No que se refere ao termo “desenvolvimento sustentável”, este foi concebido desde o ano de 1970, mas foi publicamente empregado pela primeira vez em agosto de 1974, quando Estocolmo sediou novamente o evento do Simpósio das Nações Unidas sobre Interrelações entre Recursos, Ambiente e Desenvolvimento⁽¹⁰⁾.

Em 1987, com a publicação pela ONU do relatório *Nosso Futuro Comum* (*Our Common Future*, título em inglês), o conceito de desenvolvimento sustentável tomou proporções globais, e promoveu a integração da questão ambiental ao desenvolvimento econômico⁽¹⁰⁾. O documento, *Nosso Futuro Comum*, ficou universalmente conhecido como relatório da Comissão Brundtland, graças ao esforço da médica e ex-primeira-ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland, convidada, em 1983, para estabelecer e presidir a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD)⁽⁴⁾.

A ideia de sustentabilidade, como é conhecida hoje, foi desenvolvida no relatório da CMMAD, em Brundtland, 1987⁽¹¹⁾ e define que “[...] desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que atende às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atender às suas próprias necessidades.”^{5(11, p. 41)} (tradução nossa).

A partir de Brundtland, a ideia de progresso econômico, em muitos contextos, foi gradualmente sendo substituída por desenvolvimento sustentável, e isso ficou aparente inclusive na linguagem profissional e cotidiana, que incluiu as três dimensões desse novo conceito de desenvolvimento, quais sejam: a econômica, o social e o ambiental, além da exigência da sua integração⁽¹²⁾.

Em 1992, a partir dessas ideias, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, conhecida como “Rio 92”, teve como principal objetivo estabelecer estratégias e objetivos para a implementação do Relatório Brundtland, que originou a Agenda 21, porém, não foram estabelecidos prazos para o seu cumprimento⁽¹³⁾.

Em 2000, a ONU promoveu a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, que tinha como foco a solução dos problemas sociais nos países em desenvolvimento⁽¹³⁾. Desse encontro surgiram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compostos de oito eixos temáticos e metas para serem atingidos até o ano de 2015, e que prometiam uma aliança mundial para o desenvolvimento⁽¹⁴⁾.

É inegável que houve relevantes avanços no que tange ao desenvolvimento e à sustentabilidade. Contudo, no período que cobre a vigência dos ODM, cresceu o agravamento e foi possível perceber tendências de regressão socioambientais, demonstrando a fragilidade do modelo, incluindo perigosas mudanças climáticas e do aquecimento global⁽¹⁵⁾.

Logo após o aprendizado obtido pela implantação dos ODM, iniciou-se um novo ciclo da história do desenvolvimento, com a implementação dos ODS, por meio da Agenda 2030.

Como citado acima, com o fim dos ODM, a ONU deu início ao novo conjunto de ações para o fomento do desenvolvimento mundial, intitulado de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). O marco temporal para a execução dessas novas ações tem início no ano de 2016, encerrando-se em 2030 e, em função disso, esse novo ciclo é também denominado de Agenda 2030.

⁵ Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.

Em 2015, foi realizada na sede da ONU, na cidade norte-americana de New York, a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento, onde foi aprovado o documento final que deu origem aos ODS, intitulado: Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

No preâmbulo desse documento inaugural dos ODS, é possível destacar logo na primeira linha a seguinte definição ONU⁽³⁾: “Esta Agenda é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade.”^(3, p. 1). É inevitável perceber nessa expressão inicial os três primeiros eixos na qual é baseada a Agenda 2030, ou seja: Pessoas, Planeta e Prosperidade.

No entanto, ao total são cinco eixos ou elementos principais, chamados de “5 Ps”, que estruturam o alicerce desse plano de ação global, assim distribuídos: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceria. Em inglês mantem as iniciais semelhantes ao português, ou seja, *People, Planet, Prosperity, Partnership e Peace*⁽⁴⁾.

No que tange ao eixo Pessoas, a ideia é propiciar o potencial de cada indivíduo, com o foco na erradicação da pobreza e da fome. Em relação ao eixo Planeta, a ideia é de sustentabilidade como forma de garantir as necessidades da geração atual assim como das gerações futuras. No eixo Prosperidade, é propiciar que haja progresso econômico, social e tecnológico, mas com acesso a todos e em total conformidade com recursos existente na natureza. No eixo Paz, conscientizar as populações globais para a busca do equilíbrio e a importância da harmonia de sociedades pacíficas, em detrimento do conflito, como forma de única de proporcionar o desenvolvimento entre as nações. Por último, o eixo Parceria tem a intenção de mobilizar recursos entre todos os participantes para que se possa atingir as metas propostas.⁽⁴⁾

Sob a ótica de Barbieri⁽⁴⁾, “[...] os três primeiros elementos referem-se respectivamente, às dimensões social, ambiental e econômica do desenvolvimento sustentável; os dois últimos, às dimensões política e institucional que orientam a governança da Agenda 2030.”^(4, p. 132) (Figura 1).

Figura 1. 5 Eixos essenciais para a Agenda 2030



Fonte: Movimento Nacional ODS.⁽¹⁶⁾

Os autores Yamanaka⁽¹⁵⁾ consideram que a principal ferramenta para o desenvolvimento promovida pela ONU, na atualidade, “[...] é a Agenda 2030, um plano de ação focado na erradicação

da pobreza e na promoção do desenvolvimento sustentável a partir da efetivação dos direitos humanos.”^(15, p. 10).

Este plano de ação global foi formado pelo acordo de todos os 193 países membros da ONU, e possui 17 objetivos a serem alcançados que, por sua vez, se desdobram em 169 metas. A ONU⁽³⁾ definiu os 17 ODS, assim distribuídos (Quadro 1):

Quadro 1. Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Objetivo 1	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
Objetivo 2	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável;
Objetivo 3	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
Objetivo 4	Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos;
Objetivo 5	Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas;
Objetivo 6	Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos;
Objetivo 7	Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos;
Objetivo 8	Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos;
Objetivo 9	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação;
Objetivo 10	Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles;
Objetivo 11	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis;
Objetivo 12	Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis;
Objetivo 13	Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e os seus impactos;
Objetivo 14	Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável;
Objetivo 15	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade;
Objetivo 16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis;
Objetivo 17	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: ONU.⁽³⁾

Estão contemplados nos 17 ODS, toda a herança de reivindicações de anos de luta dos mais oprimidos e da manutenção da vida no planeta, traduzindo, de forma significativa, a atual ideia do que deve ser desenvolvimento para o ser humano⁽¹³⁾. Nos ODS estão contemplados: a erradicação da pobreza; fome zero e agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia limpa e acessível; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação contra a mudança global do clima; vida na água; vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes; e parcerias e meios de implementação⁽¹⁷⁾.

Uma estratégia muito interessante, e que vale o destaque, é que na diretriz de implementação dos ODS, todos os países que compõem o acordo são encarados como países em desenvolvimento, não importando serem países ricos ou do terceiro mundo⁽⁴⁾.

Consta no preâmbulo do documento da Agenda 2030 da *United Nations General Assembly*⁽¹⁷⁾ que: “Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e as metas são integrados e indivisíveis e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, social e ambiental.”^(17, p. 1). Todavia, há algumas críticas contra essa última ideia de integração e indivisibilidade⁽¹³⁾. Por exemplo, Pogge e Ladha⁽¹⁸⁾ evidenciam que alguns dos objetivos são de difícil conciliação e, muitas vezes, até contraditórios, o que macula a ideia de integração, de indivisibilidade.

Por exemplo, um país, ao procurar atingir as metas do ODS 1, “Erradicação da Pobreza”, em todas as suas formas, em todos os lugares, com redução da pobreza extrema para todos (meta 1.1), seria impossível atingir o ODS 10, “Reduzir a desigualdade dentro e entre países”, como explicam Pogge e Ladha⁽¹⁸⁾ ao citarem uma pesquisa do economista David Woodward, que analisa os dois ODS acima citados:

[...] David Woodward mostra que, para elevar o número de pessoas que vivem abaixo de US\$ 1,25 por dia (em ‘dólares internacionais’) acima da linha de pobreza oficial dos ODS, teríamos que aumentar o PIB global em 15 vezes – assumindo o melhor caso – cenário nas taxas de crescimento e tendências de desigualdade dos últimos 30 anos. Isso significa que o PIB global médio *per capita* teria que subir para quase US\$ 100.000 em 15 anos, o triplo da renda média dos EUA no momento. Em uma economia global que é tão ineficiente na distribuição de riqueza, onde 93 centavos de cada dólar de riqueza criada acaba nas mãos do 1% mais rico, mais crescimento só vai enriquecer os ricos enquanto destrói o planeta em seu rastro.^(18, p. 1) (tradução nossa)

Isso é motivo de críticas, pois mostra que essa nova ideia de desenvolvimento possui deficiências devido ao seu modelo econômico, pois para a teoria econômica neoclássica, o desenvolvimento sustentável é impulsionado pelo crescimento econômico, ao mesmo tempo que desconsidera as limitações de capacidade dos ecossistemas que sustentam a vida⁽¹³⁾.

Outra importante observação é que a Agenda 2030 não é, em hipótese alguma, uma agenda exclusivamente governamental, e enfatiza que os governos nacionais não podem realizar a implementação sozinhos. Todas as partes interessadas e de todas as categorias são incentivadas a contribuir. Aqui, dá-se um destaque muito importante à sociedade civil organizada e ao terceiro setor, que no Brasil muito tem contribuído para o acompanhamento e atingimento das metas do ODS⁽⁸⁾.

Na visão de Campos⁽¹³⁾, outro principal desafio do cumprimento das metas dos ODS seria a dificuldade do estabelecimento de indicadores adequados para o acompanhamento das metas, diante das particularidades de cada país e dos vieses metodológicos, “[...] particularmente em países carentes de infraestrutura ou instituições para coletar e agregar dados necessários e naqueles indicadores ancorados na intenção de sua execução [...]”^(13, p. 40).

Mesmo que a implementação dos ODS procure respeitar as similitudes e a cultura das diferentes cidades em que são implementadas, seja com o apoio estatal ou não, como uma forma de tornar factível de ser verdadeiramente alcançada, o monitoramento da implementação das 169 metas, nas que compõe os 193 países com culturas das mais diversas, é uma tarefa hercúlea⁽⁴⁾. Entretanto, há um grupo especial da ONU que tenta acompanhar a programação, formando quadros de indicadores, que

estão disponíveis para todos os atores, como forma de apoiar a revisão e monitoramento do progresso⁽¹³⁾.

Finalmente, apesar das críticas e das deficiências ligadas à principal teoria econômica que norteia a Agenda 2030, não se pode negar que ela é um compromisso global ratificado por quase 193 países, sendo um avanço e uma tentativa global com objetivos e metas reais de serem alcançadas, a fim de construir um futuro melhor para as próximas gerações, respeitando direitos no presente. A seguir, elencam-se as discussões sobre a meta 3.8, mais especificamente sobre o acesso a medicamentos.

O ODS 3, “Saúde e Bem-Estar”, visa resguardar a sustentabilidade à sociedade, contribuindo com o seu bem-estar⁽⁴⁾. Este ODS possui 13 metas, sendo a meta 3.8 a de: “Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.”⁽³⁾

Contudo, como já citado anteriormente, “[...] é consabido que os desafios são diferentes para cada país, pois depende de seu desenvolvimento social e vulnerabilidade em razão da economia, do saneamento básico e do acesso à saúde [...]”^(19, p. 36) e, para tanto, as metas do ODS podem sofrer ajustes à realidade do país na sua implementação. Expõe o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁽²⁰⁾ que, no Brasil, a meta 3.8 foi ajustada para melhor adequação ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a seguinte redação:

Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.^(20, p. 37)

Quanto aos indicadores necessários para o monitoramento das metas, o IPEA⁽²⁰⁾ cita que a meta 3.8 possui dois indicadores, a saber: indicadores 3.8.1 e 3.8.2, onde a primeira, a “Cobertura da Atenção Primária à Saúde”, é definida como:

Cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas.^(20, p. 37)

Já o indicador 3.8.2 é traçado como “Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares”. Este indicador 3.8.2 trata da identificação de pessoas que gastam do próprio bolso com saúde, excedendo a sua capacidade de pagamento, o que pode levar ao corte de gastos em outras necessidades básicas, como educação, alimentação, habitação e serviços públicos⁽²¹⁾. Desse modo, reduzir as dificuldades financeiras na saúde é importante no cenário global para a agenda de desenvolvimento, bem como uma prioridade do setor de saúde de muitos países, em todas as regiões⁽²¹⁾.

No que se refere, então, ao acesso a medicamentos, o Brasil estabelece através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), “[...] as medicações oferecidas em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos da rede.”⁽²²⁾.

Apesar disso, levando em consideração que o SUS estabelece os princípios da universalidade e da integralidade, quando há medicamentos que não são incorporados por atos normativos do SUS, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do recurso repetitivo, tema Repetitivo 106, a partir do julgamento do Recurso Especial (REsp.) nº 1657156/RJ (2017/0025629-7), de relatoria do ministro Benedito Gonçalves, que versou sobre os requisitos de fornecimentos de medicamentos fora da lista do SUS, fixando a tese para garantia do fornecimento destes. Nessa tese foram estabelecidos três requisitos para concessão desses medicamentos, que são: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Esses requisitos do STJ, auxiliam, pois, no acesso a medicamentos fora do rol da RENAME e, portanto, negados administrativamente pelo Estado (*latos sensu*), levando o cidadão à procura do Poder Judiciário, na tentativa de garantir o fornecimento destes, na ótica da universalização da saúde, através da Judicialização.

Judicialização da Saúde e Medicamentos: considerações para discussão

Na judicialização os juízes estão adstritos aos ditames da lei, e no caso da saúde, a que primeiro vincula essas decisões é a Lei Maior do País. A partir daí, tem-se outros instrumentos normativos, tais como: tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, normas infraconstitucionais e jurisprudência dos tribunais superiores.

Para que se possa entender o contorno da judicialização da saúde no Brasil, primeiramente trata-se a noção do conceito de saúde e as suas interrelações, conforme algumas perspectivas globais e nacionais, passando, posteriormente, para o enquadramento do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, para então definir o panorama desse fenômeno.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²³⁾, em seu preâmbulo, definiu a saúde como um “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”^(23, p. 1). Nessa mesma linha de pensamento, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na província de Ontário, Canadá, em novembro de 1986, elaborou uma carta de intenções, Carta de Ottawa, na qual definiu que “[...] as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – Ecossistema estável – Recursos sustentáveis – Justiça social e Equidade.”^(24 p. 1).

É bem verdade que no ordenamento jurídico pátrio, a CF/88 trata exhaustivamente, e de forma espalhada por diversos artigos da parte principal e no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o tema da saúde, porém não há explicitamente algum que traga seu conceito.

No entanto, é fácil perceber que a saúde é examinada na mesma dimensão preconizada pelo conceito da Constituição da OMS supracitado, pois quando o art. 196 da Constituição do Brasil se refere, na parte final, à “redução do risco a doença” e “promoção, proteção e recuperação” da saúde, há a possibilidade de deduzir que foi intenção do legislador englobar a medicina curativa e as demais dimensões do bem-estar humano (CF/88)⁽²⁷⁾.

Para que se possa entender o contorno da judicialização da saúde no Brasil, primeiramente trata-se a noção do conceito de saúde e as suas interrelações, conforme algumas perspectivas globais e

nacionais, passando, posteriormente, para o enquadramento do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, para então definir o panorama desse fenômeno.

Portanto, essa inovação na concepção da saúde da CF/88 buscou dar maior relevância às políticas públicas de ações relacionadas à saúde, ultrapassando a restrição das questões ligadas somente ao campo curativo, e ampliou o foco para um horizonte maior do desenvolvimento do bem-estar social, mental e físico.

Com isso, procurou-se atingir um espectro maior de ações, ampliando o foco para um horizonte de maior desenvolvimento em diversas áreas de atuação, como no campo do direito sanitário e ambiental. Ainda, se recorrer à legislação infraconstitucional, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”⁽²⁵⁾, sendo possível encontrar como determinante e condicionante para a obtenção da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.⁶

Não causa estranheza alguma que a direção norteadora, tanto da Constituição Federal (CF) quanto da Lei do SUS, estejam alinhadas ao conceito de saúde desenvolvido pela OMS, pois esse órgão foi concebido a partir da sugestão da delegação brasileira, que em 1945, propôs a criação de um organismo internacional de saúde pública de alcance mundial⁽²⁶⁾. A constitucionalização da saúde, esse direito de grande relevância, foi introduzido pela CF/88, possibilitando a migração do acesso da assistência à saúde para todas as pessoas, limitado outrora somente aos trabalhadores com vínculo formal.

Um dos grandes marcos, que deram base para que o direito à saúde fosse alçado ao patamar de direito social fundamental, na Carta Política de 1998, foi o movimento de reforma sanitária, sobremaneira as diretrizes traçadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 17 e 21 de março de 1986.

Ao realizar a tarefa de “georreferenciar” o direito à saúde no ordenamento jurídico constitucional brasileiro, deve-se ter como linha de partida os fundamentos da República, em especial do núcleo de valores contidos no art. 1º⁷ da CF, apontando como pedra angular do sistema a dignidade da pessoa humana. Na sequência, reza o consagrado art. 5º, *caput*,⁸ a garantia da inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança. Assim, dedutivamente nasce uma asserção ao direito à saúde, pois este é inseparável de todos esses direitos.

O direito à saúde aparece de forma inaugural no art. 6º⁹, este localizado no Título II – Dos direitos e garantias fundamentais – o que leva a deduzir por óbvio, que para o ordenamento constitucional brasileiro este direito é considerado formalmente um direito fundamental. No mesmo sentido, Mateus⁽²⁸⁾ assevera que:

⁶ Lei nº 8.080/1990, Art. 3º: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais!”⁽²⁷⁾

⁷ CF/1988, art. 1º: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político.”⁽²⁷⁾

⁸ CF/1988, art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”⁽²⁷⁾

⁹ CF/1988, art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).⁽²⁷⁾

Não obstante as diversas teorias a respeito do assunto, assente é que a opção do legislador constituinte brasileiro foi no sentido de considerar os direitos sociais como direitos fundamentais, ao menos no que diz com o seu espectro de fundamentalidade formal pela previsão dos mesmos no rol do art. 6º (pelo menos a maior parte deles) dentro do catálogo dos direitos e garantias fundamentais (Título II).^(28 p. 57)

Neste ponto, é imperioso observar que, conforme mandamento constitucional do art. 5º, §1º¹⁰, princípio da máxima eficácia dos direitos fundamentais, o direito à saúde, por se tratar de norma definidora e garantidora de direito e garantia fundamental, tem a sua aplicação imediata. Hoje, essa é interpretação majoritária, ou seja, que essa aplicação imediata é cabível aos direitos sociais⁽²⁹⁾.

Promover a saúde no Brasil, diante das suas dimensões continentais e dos variados padrões epidemiológicos, torna a prestação estatal certamente um trabalho hercúleo, mas necessário. A garantia do direito à saúde, esse direito social fundamental, é indeclinável ao Estado, e necessário para a vida das pessoas, como ensina Barroso:

Qualificar um dado direito como fundamental não significa apenas atribuir-lhe uma importância meramente retórica, destituída de qualquer consequência jurídica. Pelo contrário, a constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras consequências práticas daí advindas, sobretudo no que se refere à sua efetividade, aqui considerada como a materialização da norma no mundo dos fatos, a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social, a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social.^(30, p. 83)

Portanto, a saúde detém tanto a fundamentalidade formal, quanto material. Possui ligação direta e indireta com diversos direitos que possuem proteção constitucional, como é o caso do direito à vida, constante no já referenciado art. 5º, *caput*, ou ao direito de ter o meio ambiente ecologicamente equilibrado, constante no art. 225, *caput*¹¹ dentre outros. Tutelar a saúde é primordial, sob pena de ocorrer o exaurimento desses outros direitos que são confluentes.

Na CF, no capítulo II – Da Seguridade Social, a seção II é intitulada como Da Saúde – é iniciada pelo art. 196¹², do qual pode-se extrair da primeira parte: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”⁽²⁷⁾; o dever prestacional positivo do Poder Público na efetivação desse direito. Neste ponto, observa-se o viés da prestação positiva da saúde, mas há também, no sistema jurídico, diversos exemplos de prestação negativa, com o intuito de resguardar o direito à saúde, como são os casos relacionados à integridade física e moral prevista, na CRFB/88, art. 5º, XLIX, no caso do apenado sob guarda do Estado⁽²⁷⁾.

Outro exemplo de direito de não intervenção é possível ser citado ainda, o direito previsto na CRFB/88, art. 5º, III¹³, à não submissão, à tortura, nem ao tratamento desumano ou degradante. Ainda na legislação infraconstitucional, no Código Civil (CC)⁽³¹⁾ e, no art. 13 da CF¹⁴, rege matéria

¹⁰ CF/1988, art. 5º: “§1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.”⁽²⁷⁾

¹¹ CF/1988, art. 225: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.”⁽²⁷⁾

¹² CF/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.”⁽²⁷⁾

¹³ CF/1988, art. 5º: XLIX: – “É assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral.”⁽²⁷⁾

¹⁴ CF/1988, art. 5º: III – “Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.”⁽²⁷⁾

sobre o direito à saúde para dispor sobre o próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, comando legal que procura resguardar o corpo e a estrutura física e psíquica de cada indivíduo.

Avançando, encontra-se o art. 198, que possibilitou a criação daquele que é considerado por muitos como o maior plano de saúde do mundo: o SUS. Marcado pela gratuidade, descentralização e universalização. Desde que foi criado o SUS, e a possibilidade de existência da medicina suplementar, há um descompasso do atendimento de qualidade entre a rede pública e privada, onde levam vantagem aqueles que podem pagar pela prestação do serviço médico.

Feito essa introdução como forma de localizar topograficamente o direito à saúde no ordenamento constitucional, de onde advém o princípio normativo que garante a judicialização, passa-se a investigar esse instituto no âmbito desse direito. O primeiro julgamento que teve a linha de argumentação utilizada até hoje, sobre o direito à saúde ser concedido de forma irrestrita, e com aplicação imediata, foi o de medida cautelar na Petição nº 1.246 MC/SC⁽³²⁾. Ao julgar o caso, em 31 de janeiro de 1997, o Ministro Celso de Mello⁽³³⁾ argumentou que:

[...] a impostergabilidade do cumprimento do dever político-constitucional que se impõe ao Poder Público, em todas as dimensões da organização federativa, de assegurar a todos a proteção à saúde (CF, art. 196) e de dispensar especial tutela à criança e ao adolescente (CF, art. 6º, c/c art. 227, § 1º) constituem fatores, que, associados a um imperativo de solidariedade humana, desautorizam o deferimento do pedido ora formulado pelo Estado de Santa Catarina (fls. 2/30). [...] Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida [...].⁽³³⁾ (grifo nosso)

Um dos aspectos que caracteriza a judicialização, como mencionado anteriormente, é o excesso de demandas judiciais acerca de determinado tema, na busca pela efetivação de determinados direitos previstos no ordenamento jurídico, em comparação com o volume de ações propostas com outras temáticas. Dessa forma, se se debruçar pelas informações disponibilizadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em relação ao assunto do direito à saúde, pode-se afirmar que resta caracterizado o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil.

O relatório do CNJ, com o apoio do Instituto de Ensino e Pesquisa⁽³⁴⁾, informa que houve “[...] um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde de 2008 para 2017 [...]”^(34, p. 46), em comparação com ações que possuíam outros assuntos, que tiveram um crescimento de apenas 50% do número total de processos manejados na primeira instância, levando em conta o mesmo período⁽³⁴⁾.

Consideram-se, também, os dados levantados na pesquisa CNJ/PNUD⁽³⁵⁾, sobre a tendência de crescimento na quantidade de novos casos relativos ao tema da saúde entre 2015 e 2020, conforme demonstrado na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Quantitativo de novos casos relativos ao tema da saúde ingressado entre 2015 e 2020 por Tribunal

Tribunal	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Superior Tribunal de Justiça	6.953	8.116	9.764	10.250	147	7.608
Tribunal de Justiça	322.395	320.447	367.438	326.397	427.633	486.423
Tribunal Regional Federal	36.673	47.139	40.730	40.357	41.795	58.774

Fonte: CNJ.^(35, p. 27)

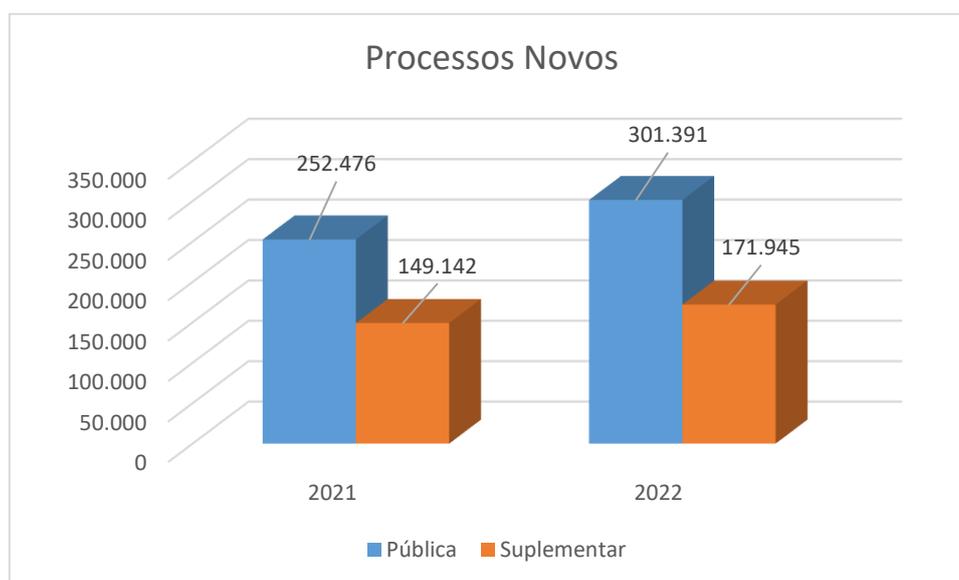
Outro fato importante que confirma o crescimento vertiginoso de ações judiciais ligadas ao direito à saúde, são os dados apontados por Ramos⁽³⁶⁾, no qual considera “[...] os gastos do Ministério da Saúde com o cumprimento de decisões judiciais, de outra parte, aumentaram 1.205%, entre 2010 e 2016.”^(36, p. 105).

O objeto da judicialização da saúde é tão presente no dia a dia do judiciário, que o CNJ lançou recentemente, na V Jornada Nacional de Direito da Saúde, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2022, o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde⁽³⁷⁾, ferramenta indispensável para pesquisadores do direito à saúde. Através dessa ferramenta estatística, é possível obter informações sobre as ações judiciais ligadas à saúde, diferenciando, por exemplo, se são relacionadas à esfera pública ou privada. Os dados possuem validade a partir da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud), e compreende até o momento as informações referentes aos anos de 2020 a 2022.

Considerando a informação constante no sítio eletrônico⁽³⁷⁾ da V Jornada Nacional de Direito da Saúde, sobre o recém-lançado painel sobre as ações referentes à saúde, este “[...] apresenta dados dos processos novos, pendentes, julgados e baixados desde 2020, com informações de indicadores de desempenho e produtividade, tais como taxa de congestionamento, índice de atendimento à demanda e tempo de duração dos processos.”⁽³⁷⁾.

A partir dos dados constantes no Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, nos anos de 2021 e 2022, relacionado a processos novos, é provável observar que a tendência de crescimento das ações relacionadas à saúde continua, conforme demonstrado na Figura 2, abaixo.

Figura 2. Processos novos sobre ações ligadas à saúde nos anos de 2021 e 2022



Fonte: Adaptado do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde.⁽³⁷⁾

O tema principal desse trabalho é a judicialização da saúde com enfoque na demanda por medicamentos, e é justamente a partir do julgamento do *leading case* (Agravo Regimental – AgRg no Recurso Extraordinário – RE n.º 271.286-8/RS), relacionado a esse tema, que se desenham os primeiros passos da judicialização da saúde brasileira⁽³⁸⁾. É como lecionam Jobim e Sant’Ana⁽³⁹⁾:

Os primeiros contornos da judicialização da saúde no Brasil são atribuídos, por diversos pesquisadores, ao movimento de afirmação de direitos por pessoas portadoras do vírus HIV, sobretudo para garantia de acesso a medicamentos e implementação de uma política de assistência farmacêutica para esse segmento de pacientes.^(39, p. 160)

No julgamento desse AgRg no RE de relatoria do Ministro Celso de Mello⁽³⁸⁾, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a obrigação do Estado em fornecer gratuitamente medicamentos para tratamento de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e um destaque importante do acórdão é o ensinamento de que: “O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.”⁽³⁸⁾

Desde esse julgamento paradigmático sobre fornecimento de medicamentos para portadores de HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pelo STF, é que muitos brasileiros buscaram o poder judiciário para obter tratamento digno e acesso a novos procedimentos terapêuticos e fármacos, ainda que não disponíveis nos órgãos públicos ou não estivessem *a priori* previstos na cobertura dos planos/seguros de saúde.

Com o transcorrer do tempo, alguns ajustes foram sendo sedimentados com medidas administrativas e/ou com a consolidação da jurisprudência em relação aos temas ligados ao fornecimento de medicamentos. Portanto, têm-se os julgamentos em teses com repercussão geral pelo STF em Recurso Extraordinário (RE), *Leading Case*. A partir de então, a tese pode ser atribuída a todos os processos com semelhante tema, que se encontravam suspensos e aguardando julgamento, bem como os que porventura possam ser protocolados.

Como exemplo, tem-se o julgamento do RE nº 657.718/MG⁽⁴⁰⁾, pelo STF, que discute à luz dos arts. 1º, III; 6º; 23º, II; 196º, 198º, II, § 2º, e 204º da CF, a controvérsia se haveria ou não o dever do Estado em fornecer medicamentos que não estivessem registrados na Anvisa. Esse RE nº 657.718/MG, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, foi julgado em 17 de novembro de 2011, e teve sua publicação no Diário da Justiça Eletrônico (DJe), em 11 de maio de 2012, onde foi fixada tese de repercussão geral no Tema 500, que trata do dever do Estado em fornecer medicamento não registrado pela Anvisa. Segundo a referida Tese:

- 1 - O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
- 2 - A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
- 3 - É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
- 4 - As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.^(40, p.2)

Destaca-se, ainda, sobre o tema do fornecimento de medicamentos, o julgamento do RE nº 566.471/RN⁽⁴¹⁾, que procurou discutir a partir dos parâmetros constitucionais dos arts. 2º, 5º, 6º, 196 e 198, §§ 1º e 2º, se existiria a obrigatoriedade ou não, de o Estado fornecer medicamento de alto custo para portadores de doenças graves, que não possuíssem condições financeiras para adquiri-los. A relatoria do RE nº 566.471/RN foi do Ministro Marco Aurélio, e o STF reconheceu a existência de repercussão geral sobre a questão constitucional disposta nos autos em julgamento realizado em 15 de novembro de 2007, e publicação na data 07 de dezembro de 2007.

No que se refere ao pleito por medicamentos fora da lista do SUS, a Primeira Seção do STJ, no julgamento do Recurso Especial (REsp.) nº 1657156/RJ (2017/0025629-7), ocorrido em 25 de abril de 2018, de relatoria do ministro Benedito Gonçalves, fixou tese de que é dever do Poder Público o fornecimento desses medicamentos não incorporados pelo SUS.

O julgamento do REsp nº 1657156/RJ foi afetado em regime de recurso repetitivo, sob o número 106 e tornou-se jurisprudência dominante, porém para que seja concedido a tutela para o fornecimento desses medicamentos, foram definidos cumulativamente os seguintes critérios:

- 1 - Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- 2 - Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e;
- 3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).⁽⁴²⁾

Outro fato interessante é que o STJ, no julgamento do REsp. nº 1657156/RJ, modulou os seus efeitos em nome da segurança jurídica e do interesse social, decidindo que esses critérios supracitados só passem a valer a partir da data dessa decisão, ou seja, irá incidir apenas nos processos que forem distribuídos após essa apreciação. É de se observar que o julgamento de recurso repetitivo está regulado no Código de Processo Civil (CPC), nos arts. 1.036 a 1.041⁽⁴³⁾, e a partir de ações que tenham litígios semelhantes é definida uma tese que servirá de orientação às demais instâncias hierarquicamente inferiores para a resolução de conflitos baseados no mesmo tema, inclusive tendo impacto na admissibilidade ou não do recurso perante o próprio STJ.

Atualmente, a questão ligada aos medicamentos sofre influência para o seu fornecimento através de divisão pactuada entre os entes federados advindas de decretos, resoluções e portarias do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias Estaduais e Municipais, ainda que o núcleo central seja a CF, a Lei do SUS nº 8.080/90 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90⁽⁴⁴⁾.

Deve-se ser diligente em observar que as normas infralegais instituídas pelo Estado (*lato sensu*), no campo da assistência farmacêutica, com o intuito de promover programas governamentais, não devem ser confundidas com o próprio direito à saúde. É esse o alerta feito por Bucci⁽⁴⁵⁾, em relação aos direitos fundamentais sociais, “[...] um equívoco frequente é tomar como sinônimos os direitos sociais, de base constitucional, e as políticas públicas destinadas a implementá-los.”^(45, p. 254)

É justamente por esse entendimento, de que as ações das políticas públicas não se confundem com o direito fundamental, é que dão profusão às ações em relação ao acesso aos medicamentos, ou seja, a judicialização para a obtenção de fármacos como forma de garanti-los. Em relação às normas

legais e infralegais de esgotamento desse rol, há a possibilidade de listar diversos marcos normativos que promovem a política de acesso a medicamentos, quais sejam: a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM); Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, de 6 de maio de 2004, que criou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)^(46, 47).

A OMS encoraja os países a criarem uma PNM como forma de realizar o registro formal, definir metas e objetivos nacionais para o setor farmacêutico, e fomentar discussões nacionais sobre o tema. Na concepção da OMS⁽⁴⁸⁾: “Uma política nacional de medicamentos é um compromisso com uma meta e um guia para ação. Expressa e prioriza as metas de médio a longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las.”^(48 p. 4) (tradução nossa).

Assim, o Brasil seguindo essa diretriz da OMS, criou a RENAME. Essa publicação sofre constante atualização através de portarias lançadas pelo MS, com o objetivo de garantir a assistência farmacêutica e uso responsável de medicamentos no país por meio de ação do SUS.

A RENAME é considerada eixo estratégico tanto na PNM, quanto na PNAF, mas a sua estrutura obedece à Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007⁽⁴⁵⁾. Esta portaria “[...] regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde [...]”⁽⁴⁹⁾, e no seu art. 24, encontra-se a divisão dos três componentes da Assistência Farmacêutica bem definidos, ou seja: “I – Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e III – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.”⁽⁴⁹⁾.

Cada componente possui a sua própria regulamentação por portarias autônomas, que são modificadas de tempos em tempos, como exemplo: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é normatizado pelo Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho 2013⁽⁵⁰⁾; o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF); o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é normatizado pela Portaria GM/MS nº 1.554⁽⁵¹⁾.

O CBAF é composto pelos medicamentos voltados a atender os principais problemas e condições de saúde da população na atenção primária. Este componente é financiado pelos três entes federados, porém, a logística de armazenamento e dispensação é de responsabilidade dos Estados, DF e Municípios⁽²²⁾.

O repasse financeiro, destinados ao custeio do CBAF aos atuais 5.568 Municípios pela União, obedece aos critérios dispostos no inciso I, do art. 537⁽²⁶⁾, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, do MS, estipulados com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de cada um deles.

O CEAF possui medicamentos ligados aos impactos de endemias e a doenças negligenciadas, relacionadas às precárias condições socioeconômicas de determinada população (v.g. tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, filariose meningite, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, hepatite, dengue, micoses sistêmicas, lúpus, febre maculosa e brucelose). Neste componente estão contemplados também o controle do tabagismo, da influenza, do HIV/AIDS, e questões relacionadas à nutrição, vacinas e soros. Este componente é totalmente financiado pela União⁽²²⁾.

Por último, tem-se o CEAF, que detém a estratégia de possibilitar medicamentos referentes a Doenças Crônico-Degenerativas (DCN), inclusive doenças raras, cujo tratamento é realizado de forma integral em ambulatório, nas linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁽²²⁾.

Há previsão tanto na Portaria GM/MS nº 1.554/2013, art. 3º, quanto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, Anexo IV, Título IV, Capítulo I, art. 49, da distribuição dos medicamentos que pertencem à CEAF em três grupos. O financiamento do grupo 1, subdividido em “1A e 1B”, são de responsabilidade do MS, portanto da União; no grupo 2, o financiamento é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados (SES) e do DF; e no grupo 3, o financiamento fica a cargo das SES do DF e dos Municípios.

Tem-se a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou o conteúdo da Lei nº 8.080/90: “[...] para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [...]”⁽⁵²⁾, em que conforme o seu art. 19, na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, os medicamentos serão fornecidos “[...] com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS [...]”⁽⁵²⁾, que será acordada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

É possível citar também o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que “Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”⁽⁵⁴⁾. Neste decreto, o art. 26, parágrafo único⁽⁵³⁾, informa que a periodicidade com que o RENAME deve ser atualizada a cada dois anos.

Como se pode observar, há uma extensa produção legislativa no campo da assistência farmacêutica por parte do MS de portarias e resoluções com baixa qualidade técnica, pois não há uma concatenação orquestrada entre essas normas, o que Jorge⁽⁴⁴⁾ entende que são: “[...] reflexos da desarticulação governamental e da descontinuidade administrativa, geram a falta de coesão da base normativa do direito à saúde e uma pluralidade de interpretações, fatores que favorecem a excessiva judicialização da política de assistência farmacêutica.”^(44, p. 469) (grifo nosso).

Finalmente, no que diz respeito à defesa das ações que versam sobre a assistência à farmacêutica, a principal defesa dos órgãos, sejam eles municipais, estaduais ou federais, envolve a segunda parte do art. 196 da CF, uma vez que, logo após a vírgula, pode-se ler “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas.”⁽²⁷⁾. Dessa forma, seus defensores proclamam que o direito à saúde seria de aplicação deferida e feita de forma programática.

Um dos principais argumentos nesse sentido é a utilização do instituto da reserva do possível, vez que tem sido a existência dos limites orçamentários o principal argumento de defesa. Alega-se, também, que muitas vezes o atendimento de demandas de cunho individuais, perante as necessidades coletivas, acaba por atrapalhar a própria eficácia e a concretização das ações do poder público⁽⁵⁴⁾. A assistência global, no tocante ao acesso a medicamentos, precede por força da legislação em vigor, o planejamento do Poder Público para orquestrar o processo licitatório, culminando com a aquisição desses fármacos⁽⁵⁵⁾.

Dessa maneira, o processo de judicialização pode também ser um aliado, um indicativo para o planejamento público, quando for possível determinar qual medicamento é mais demandado, e quais são as suas quantidades através da pesquisa ao *site* dos tribunais, criando-se, assim, uma inteligência que irá auxiliar o gestor no planejamento anual, ou mesmo antevendo a sua inclusão, por exemplo, no Plano Plurianual (PPA)⁽⁵⁵⁾.

Conclusões

Longe de tecer soluções definitivas acerca do tema, a presente pesquisa teve como objetivo tratar da importância do direito à saúde, traçando um panorama a partir da concepção de desenvolvimento e sua evolução. Bem como, identificar como o Estado brasileiro tem atuado para garantir a efetivação do ODS 3.

A partir disso, foi possível notar que a complexidade da realidade social trouxe a exigência do aperfeiçoamento do conceito de saúde, a fim de que este conseguisse abarcar as necessidades humanas de maneira ampla, tal qual exigia o novo conceito estabelecido pela OMS, que agora superava a dicotomia segundo a qual saúde é a ausência de doença.

Esse novo conceito, que exige uma perspectiva de acesso universal e diminuição das desigualdades, passou a ser objeto de ações internacionais, tal como se deu com a Agenda 2030, a fim de elaborar melhor resposta às questões de saúde. Apesar disso, os esforços do estado não se mostraram suficientes. Isso porque o que se notou foi uma maior participação do poder judiciário em relação à efetivação da saúde vez que, com a omissão, falha ou descumprimento do estado de suas promessas sociais e institucionais, empurrar a concretização da assistência à saúde do cidadão ao poder judiciário.

Como consequência, as demandas judiciais em saúde apresentaram crescimento exponencial, e passaram a exigir das instituições do sistema de justiça respostas rápidas e eficientes em razão da própria natureza do direito judicializado.

Nesse sentido, é possível afirmar que o fenômeno da judicialização da saúde pode funcionar como um instrumento eficaz para assegurar o acesso à saúde. Considera-se que, na ausência do Legislativo e do Executivo, o Poder Judiciário pode agir na garantia da efetivação de direitos fundamentais, permitindo um acesso mais equitativo e eficaz para a sociedade.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

De Oliveira FAL ficou encarregado do delineamento e análise do conteúdo. Ramos EMB e De Almeida NMO contribuíram com a interpretação e o acréscimo de construção no conteúdo. Ressalte-se que todos os autores participaram conjuntamente da redação do manuscrito e de sua revisão, inclusive da crítica intelectual apresentada, por fim declaram que em conjunto decidiram positivamente pela versão a ser publicada.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistente editorial: Rocha D

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Pearce I. Teoria geral e princípio do desenvolvimento sustentável: conciliando desenvolvimento, ambiente e justiça. Porto Alegre: Ágora; 2022.
2. Barral W. Desenvolvimento e sistema jurídico: lições de experiências passadas. Revista Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos. Jul. 2005; 26(50): 143-168.
3. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília, DF: ONU Brasil; 2015 [citado em 15 jul. 2020]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
4. Barbiere JC. Desenvolvimento Sustentável: das origens à Agenda 2030. Petrópolis: Vozes; 2020.
5. Sachs JD. The age of sustainable development. New York: Columbia University Press; 2015.

6. Goldemberg J, Barbosa LM. A legislação ambiental no Brasil e em São Paulo. Ambiente Brasil [Internet]. 2004 [citado em 30 mar. 2023]. Disponível em: https://ambientes.ambientebrasil.com.br/gestao/artigos/a_legislacao_ambiental_no_brasil_e_em_sao_paulo.html
7. Hogan DJ. População e meio ambiente: a emergência de um novo campo de estudos. In: Hogan DJ. (Org.). Dinâmica populacional e mudança ambiental: cenários para o desenvolvimento brasileiro. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População-Nepo; 2007, p. 13-49.
8. Pinato TB, Tavares SMN. Objetivo de desenvolvimento sustentável: da concepção à Agenda 2030. In: Sartori MA, Tavares SMN, Pinato TB, organizadores. Objetivos de desenvolvimento sustentável: práticas para o alcance da agenda 2030. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2020. p. 23-36.
9. Carson R. Primavera silenciosa. Tradução de Jean-François Gravrand. Marseille: Wildproject; 2009.
10. Veiga JE. Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI. 2ª. edição. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
11. World Commission on Environment and Development. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Brundtland: ONU; 1987 [citado em 13 mai. 2024]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>
12. Lars J. Approaches to the implementation of the sustainable development goals: Some considerations on the theoretical underpinnings of the 2030 Agenda. Economics Discussion Papers, Kiel. 2017; (60).
13. Campos J. Agenda 2030: estado atual e prognóstico para a próxima década. In: Sartori MA, Tavares SMN, Pinato TB. Objetivo de desenvolvimento sustentável: práticas para o alcance da agenda 2030. São Bernardo do Campo: Metodista; 2020. p. 37-46.
14. Ramos EMB. Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas [Tese]. São Luís: Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão; 2012.
15. Yamanaka TB, et al. Agenda 2030: uma agenda global para o desenvolvimento sustentável. In: Sartori MA, Tavares SMN, Pinato TB, organizadores. Objetivos de desenvolvimento sustentável: práticas para o alcance da agenda 2030. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2020. p. 10-22.
16. Movimento Nacional ODS. (Santa Catarina). Os 5ºPs da sustentabilidade. [Internet]. Florianópolis: Movimento ODS. 2020 [citado em 12 jun. 2024]. Disponível em: <https://sc.movimentoods.org.br/os-5ps-da-sustentabilidade/>
17. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova York: UNGA; 2015 [citado em 20 fev. 2024]. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br2016.pdf>
18. Pogge T, Lahda A. The Sustainable Goals: a sirenand Lullaby for [Internet]: Occupy; 2015 [citado em 22 jul. 2022]. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf>
19. Moraes G. O Direito (fundamental) à saúde tutelado pela atuação da ONU: Objetivo 3 da Agenda 2030. In: Vasconcelos AWS. (Org.). Cidadania, poder e desenvolvimento no estado democrático de direito 2. Ponta Grossa, PR: Atena; 2020.
20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cadernos ODS: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato 105 do Brasil? [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2019 [citado em 16 nov. 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9379>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado em 10 jun. 2024]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador382>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) 2022. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 10 jun. 2024]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>
23. Organização Mundial Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. [Internet]. São Paulo: OMS; 1946 [citado em 15 jun. 2024]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
24. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: OMS Anais da I Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1986; Ottawa, CA: OMS; 1986 [citado em 2 nov. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
25. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990 [citado em 2 nov. 2024].

Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

26. Empresa Brasileira de Comunicação. História hoje: hoje é comemorado o Dia Mundial de Saúde [Internet]. Brasília, DF: EBC; 2016 [citado em 3 nov. 2024].

Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencianacional/geral/audio/2016-04/historia-hoje-hoje-comemorado-o-dia-mundial-de-saude>

27. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988 [citado em 15 jul. 2024]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

28. Mateus CG. Direitos fundamentais sociais e relações privadas: o caso do direito a saúde na Constituição brasileira de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2008.

29. Braga PVB. Judicialização, assistência farmacêutica e argumentação. Análise da jurisprudência do TRF da 3ª Região. In: Bucci MPD, Duarte CS. (Org.).

Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. 1ª edição. São Paulo: Saraiva; 2017. p. 368-394.

30. Barroso LR. O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira. 3ª edição. São Paulo: Renovar; 1996.

31. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

Institui o Código Civil [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2002 [citado em 15 jul. 2020]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406/compilada.htm

32. Bucci MPD, Duarte CS, organizadores.

Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. 1ª edição. São Paulo: Saraiva; 2017.

33. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Pet 1246 MC/SC. Santa Catarina. Decisão: Min. Celso de Mello. Plenário. Presidente: Min. Sepúlveda Pertence. Publicação:

13/02/1997 [citado em 14 abr. 2024]. Disponível em:

<https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despachos/3171/false>

34. Conselho Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório propositivo analítico: Justiça em pesquisa [Internet]. Brasília, DF: CNJ; 2019 [citado em 2 nov. 2024].

Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13105-16-marco-2015-780273-publicacaooriginal-146341-pl.html>

35. Conselho Nacional de Justiça. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade

[Internet]. Brasília, DF: CNJ; 2021 [citado em 2 nov. 2022]. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/judicializacao-e-sociedade-acoes-para-acesso-a-saude-publica-de-qualidade/>

36. Ramos ES. Judicialização e ativismo judicial na saúde. In: Boas MV, Cechin J. (Org.). Judicialização de planos de saúde: conceitos, disputas e consequências. Palmas: Esmat; 2020. p. 103-116.

37. Conselho Nacional de Justiça. Pannel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde [Internet]. Brasília, DF: CNJ; 2022 [citado em 12 dez. 2022]. Disponível em:

<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu.cursel>

38. Brasil. Supremo Tribunal Federal. AgRg no RE n. 271.286-8/RS. [Internet] Recorrido: Relator: Min. Min. Celso de Mello. Brasília, DF: STF; 2000 [citado em 12 dez. 2022]. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/14825415>

39. Jobim CLG; Sant'ana RN. Judicialização da saúde. In: Boas MV, Cechin J. (Org.). Judicialização de planos de saúde: conceitos, disputas e consequências. Palmas: Esmat; 2020. p. 153-178.

40. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 500: Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA [Internet]. Sob a relatoria do Marco Aurélio. Brasília, DF: STF; 2019 [citado em 25 jul. 2020].

Disponível em:

<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>

41. Brasil. Supremo Tribunal Federal. RE 566.471 [RN]. [Internet]. Plenário. Relator: Min. Marco Aurélio. Relator Substituto: Min. Luís Roberto Barroso. Brasília, DF: STF; 2007 [citado em 15 jul. 2024]. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>

42. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário REsp. n.º 1657156/RJ (2017/0025629-7) [Internet]. Recorrida: Fatima Teresa Esteves dos Santos de Oliveira. Relator: Min. Benedito Gonçalves, 25/04/2018. Brasília, DF: STF; 2018 [citado em 12 abr. 2024]. Disponível em:

<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>

43. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República; 2015 [citado em 17 ago. 2024]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13105-16-marco-2015-780273-publicacaooriginal-146341-pl.html>

44. Jorge IR. Novas formas de enfrentamento da judicialização da saúde: a Audiência Pública n. 4 e as medidas adotadas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. In: Bucci MP, Duarte CS. (Org.). *Judicialização da Saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva; 2017. p. 457- 485.
45. Bucci MPD. O Art. 209 da Constituição 20 anos Depois: Estratégias do Poder Executivo para a Efetivação da Diretriz da Qualidade da Educação Superior. In: Bucci MPD. (Org.). *Vinte Anos da Constituição Federal de 1988*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008, p. 781-807.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 [Internet]. Brasília, DF: MS;1998 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
47. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2004 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
48. World Health Organization. How to develop e implement National Drug Policy: Update and replaces: guidelines for developing national drug policies. 2nd edition. Geneva: WHO; 1988. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154547X>
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília, DF: MS, 2007 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html
50. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2013 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html
52. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2011 [citado em 13 ago. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
53. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Intenet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2011 [citado em 29 nov. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
54. Leal MCH. *Judicialização da saúde e controle jurisdicional de políticas públicas: entre informação e participação*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020.
55. Brito PR. *Judicialização da saúde e desarticulação governamental: uma análise a partir da Audiência Pública de Saúde*. In: Bucci MPD, Duarte CS. *Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo. Saraiva; 2017. p. 203-239.

Como citar

De Oliveira FAL, De Almeida NM, Ramos EMB. Judicialização da saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030 e atuação do Poder Judiciário brasileiro na efetivação do direito à saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2024 out./dez.;13(4):77-99
<https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1291>

Copyright

(c) 2024 Fabrício Alberto Lobão de Oliveira, Natalie Maria de Oliveira de Almeida, Edith Maria Barbosa Ramos.

