

O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização

The right to health in Brazil: between judicialization and dejudicialization

El derecho a la salud en Brasil: entre judicialización y desjudicialización

Iara Veloso Oliveira Figueiredo¹
Nilson do Rosário Costa²

Resumo

Objetivo: demonstrar as configurações da judicialização da saúde e refletir sobre os impasses e possibilidades dessa experiência singular no Brasil. **Metodologia:** foi realizada uma revisão da literatura em 113 textos, encontrados em bases de dados de literatura científica, que embasou uma proposta de teoria que estratifica a judicialização da saúde no Brasil em quatro faces: judicialização positiva; judicialização negativa; assessorias técnicas; e desjudicialização. **Resultados e discussão:** na judicialização positiva, as ações judiciais foram os instrumentos usados para constranger o Judiciário a tomar atitudes para melhorar as políticas públicas; a judicialização negativa representou a desarmonia institucional entre os Poderes do Estado; as assessorias técnicas foram importantes para ampliar cada vez mais as parcerias, principalmente entre o Executivo e Judiciário, para que se busquem meios preventivos para maior equilíbrio de todo o sistema; já a desjudicialização demonstrou que os recursos extrajudiciais também são legítimos para resolver as lides da saúde, o que pode impulsionar a incorporação de novas técnicas ao Poder Judiciário e parcerias com outras instituições. **Conclusão:** o estudo concluiu que, ao longo dos anos, ocorreu arranjos institucionais diversos para melhor lidar com os problemas que envolvem os efeitos da judicialização da saúde no Brasil, e que há iniciativas embrionárias para consolidar a desjudicialização da saúde, que pode ser considerada uma boa opção para lidar com as demandas judiciais.

Palavras-chave

Judicialização da Saúde. Direito à Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

Objective: to show the configurations of the judicialization of health and to reflect on the dead ends and possibilities of this unique experience in Brazil. **Methods:** a literature search was conducted in 113 texts found in scientific literature databases that support a theory proposal that stratifies the judicialization of health in Brazil into four aspects: positive judicialization, negative judicialization, technical advice and de-judicialization. **Results and discussion:** positive judicialization used lawsuits to force the Judiciary to take action to improve public policies; negative judicialization represented the lack of institutional dialog between state powers; technical advice was important to further develop partnerships, especially between the Executive and Judiciary, so that preventive arrangements are sought for greater balance throughout the system; de-judicialization, on the other hand, showed that non-judicial remedies are also legitimate to solve health problems, which can drive the incorporation of

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0927-859X>. E-mail: iaravof@gmail.com

² Pós-Doutor, Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brasil; pesquisador titular, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8360-4832>. E-mail: nilsondorosario@gmail.com

new techniques into the Judiciary and partnerships with other institutions. **Conclusion:** study concluded that over the years there have been various institutional arrangements to better deal with the issues related to the impact of judicialization of health in Brazil, and that there have been embryonic approaches to consolidating the de-judicialization of health that have been identified as a good option for dealing with lawsuits.

Keywords

Judicialization of Health. Right to Health. Public Health Policies.

Resumen

Objetivo: demostrar las configuraciones de la judicialización de la salud y reflexionar sobre los impasses y posibilidades de esta experiencia única en Brasil. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica de 113 textos, encontrados en bases de datos de literatura científica, que sustentaron una propuesta teórica que estratifica la judicialización de la salud en Brasil en cuatro aspectos: judicialización positiva; judicialización negativa; Consejo técnico; y desjudicialización. **Resultados y discusión:** en la judicialización positiva, las demandas fueron los instrumentos utilizados para obligar al Poder Judicial a tomar acciones para mejorar las políticas públicas; la judicialización negativa representó la desarmonía institucional entre los Poderes del Estado; las asesorías técnicas fueron importantes para ampliar cada vez más las alianzas, especialmente entre el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial, por lo que se buscan medidas preventivas para un mayor equilibrio en todo el sistema; la desjudicialización, por otro lado, demostró que los recursos extrajudiciales también son legítimos para resolver problemas de salud, lo que puede impulsar la incorporación de nuevas técnicas al Poder Judicial y alianzas con otras instituciones. **Conclusión:** el estudio concluyó que, a lo largo de los años, hubo diferentes arreglos institucionales para enfrentar mejor los problemas relacionados con los efectos de la judicialización de la salud en Brasil, y que existen iniciativas embrionarias para consolidar la desjudicialización de la salud, que pueden ser considerado una buena opción para hacer frente a los juicios.

Palabras clave

Judicialización de la Salud. Derecho a la Salud. Políticas de Salud Pública.

Introdução

Este artigo tem como objetivo demonstrar as configurações da judicialização da saúde no Brasil e refletir sobre os impasses e possibilidades dessa experiência singular. A judicialização é um problema de relevância pública e indicativo da efetividade do direito à saúde no país. Por isso, o artigo visa contribuir para a melhor compreender os aspectos dessa problemática.

É necessário salientar que a saúde é um direito fundamental de caráter social, compreendido como dever do Estado e garantido através de políticas públicas, nos termos do art.6º, combinado com o art.196, ambos da Constituição Federal (CRFB) (1). O direito à saúde como positivado na CRFB, legitima a propositura de ações judiciais, quando esse direito não é cumprido. Essas ações judiciais em busca de prestação de atendimento à saúde originaram o fenômeno da judicialização da saúde. Tal fenômeno caracteriza-se por um acionamento frequente do Poder Judiciário pelos usuários, tanto do sistema público

como da iniciativa privada, para solução dos litígios envolvendo a prestação de atendimento à saúde.

Aith (2) afirma que as ações para a concretização do direito à saúde são de competência dos três Poderes: o Poder Legislativo que elabora as leis para proteção e regulamentação do direito à saúde; o Poder Executivo que planeja e executa as políticas públicas, como assistência farmacêutica, vigilância sanitária entre outros; e o Poder Judiciário no julgamento das ações referentes ao Direito à saúde (2). No exercício desses Poderes e dentro dos limites da realidade, o Estado brasileiro deve fazer todo o possível para garantir a saúde (3). Nesse contexto, é importante destacar que buscar a Justiça não significa a resolução dos conflitos por sentença. Existem outras formas de resolução de litígios sem a intervenção estatal, como resoluções dialógicas. Nem sempre a via judicial é a melhor alternativa que os litigantes encontram (4).

O princípio da inafastabilidade do Poder Judiciário é garantia fundamental, previsto no art. 5º, parágrafo XXXV da CRFB, o qual prevê que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (1). Dessa forma, o Judiciário aumenta sua importância e se fortalece como o instrumento de *concretização* de direitos. Porém, a responsabilidade de concretização constitucional, com transformações mais profundas da sociedade, depende mais de um trabalho conjunto entre os três Poderes, de colaboração e diálogo, e não somente de um deles. Assim, o protagonismo do Poder Judiciário neste fenômeno deve dar lugar a uma participação conjunta dos três Poderes do Estado, sem esquecer da participação da população (5).

A saída cooperativa pode estabelecer as condições para o que é denominado como desjudicialização, ou seja, o uso de estratégias de redução da judicialização pela busca do diálogo nas relações entre o poder público, população, operadores do sistema de justiça e técnicos da saúde, entre outros atores institucionais envolvidos (6).

Segundo a literatura, o aumento da judicialização da saúde provocou vários problemas para: i) o Poder Judiciário que se viu afogado em ações judiciais e sem capacitação técnica nessa área para julgar com acerto tais questões (6-8); ii) o Poder Executivo, o qual figura como réu em diversas ações, muitas vezes sendo compelido a mudar o rumo das políticas de saúde previstas em seu plano, o que pode desestruturar seu orçamento e sua governabilidade (2); iii) os planos de saúde, que também são réus em ações de prestação de serviços de saúde (6); e iv) a população usuária e beneficiária da saúde pública e suplementar, respectivamente, que enfrenta morosos processos na justiça em busca de prestação em saúde (6, 8, 9).

Judicialização da saúde

A judicialização da saúde teve início através das ações judiciais requerendo os tratamentos para os portadores do vírus AIDS, na década de 1990. As ações judiciais em massa foram o pontapé para uma política para tratamento de AIDS no Brasil de referência mundial (10). A partir daí, o uso desse instrumento se diversificou, “tornando-se uma porta de entrada específica e paralela às vias gerenciais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (7). Dessa forma, após esse início considerado virtuoso e positivo da judicialização, observa-se em seguida uma judicialização em massa e descontrolada (11). Desde o final da década de 1990, a judicialização da saúde começou a apresentar problemas. O crescimento da via judiciária para concretização do direito à saúde tornou-se uma *epidemia* em que *a judicialização gera mais judicialização*. Além disso, a práxis do Judiciário, que não tinha assessoria técnica nem formação em saúde, era a concessão de liminares para a realização de praticamente todo procedimento e medicamento requerido na esfera do sistema de saúde (6).

Os magistrados prolatavam suas decisões sem análise técnica (7) e aceitavam indiscriminadamente todas as tecnologias em saúde demandadas (8) sob a premissa do direito à vida, o que os torna passíveis de influência dos setores mercantis farmacológicos e laboratoriais (9). Há uma atuação do Judiciário isolada, sem diálogo com o Executivo para compreensão dos problemas e seu contexto, com imposição de medidas obrigatórias aos gestores (9). Dessa forma, têm-se a judicialização como um acontecimento positivo, um instrumento de garantia da saúde, como afirmação da cidadania e direitos sociais, correção dos problemas de gestão do sistema de saúde e promotor de políticas e incorporação tecnológica (9). Mas também é um fenômeno com lacunas (7) e efeitos negativos como a oneração do sistema (9).

A partir da constatação da face negativa da judicialização (8), o STF realizou, em 2009, a Audiência Pública da Saúde (APS) para discutir com todas as partes impactadas por esse fenômeno, com soluções conjuntas (12). A APS foi um marco que inaugurou uma nova forma de lidar com as questões da judicialização da saúde, por meio das recomendações para a construção de “espaços que integrassem esforços do direito e da saúde a fim de mitigar o fenômeno da judicialização”, para fomentar o diálogo e a articulação intersetorial (8).

Uma década após a APS, Anjos et al (8) constataram a existência de “Núcleos de Assessoria Técnica (NATs) em vários estados para prover suporte técnico aos magistrados”. Eles identificaram também várias “iniciativas de diálogo institucional intersetorial no escopo

da judicialização da saúde” (8). Costa et al afirmaram que “a criação de comitês estaduais e municipais voltados à temática, bem como a mediação sanitária, têm sido propostas na perspectiva de contorno adequado do fenômeno” (9). A comunicação efetiva entre Judiciário, Executivo e usuários é o ponto principal da mediação sanitária, que visa garantir a realização de todos os passos possíveis para a resolução do litígio, antes da busca pela judicialização (9).

Carvalho et al (7) encontraram em seu estudo de revisão vários trabalhos que afirmam ser a judicialização da saúde um fenômeno complexo, o qual deve dispor de alternativas para minimizar os impactos negativos dos litígios sem a necessidade de intervenção judicial. Os autores afirmam que a relevância que a judicialização alcançou nos últimos anos pode ser percebida “tanto pela evolução de seus impactos financeiros quanto pelas iniciativas político-institucionais e técnicas desenvolvidas em âmbitos nacional e regional para gerenciar sua evolução” (7). Dessa forma, são iniciativas que fazem parte do processo de desjudicialização da saúde (13).

Metodologia

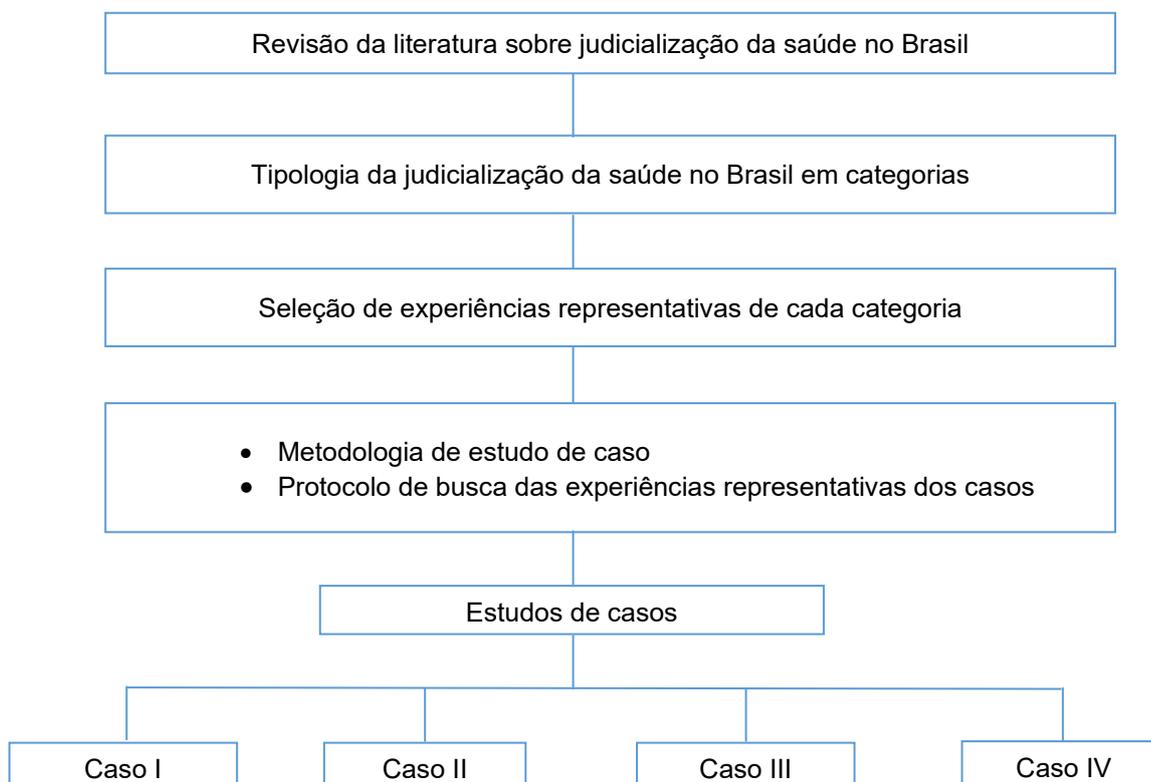
A partir de revisão narrativa da literatura (14) em trabalhos científicos, que trazem as problemáticas da judicialização ao longo dos anos, e por meio da observação da história e dos rumos da judicialização da saúde no Brasil, este artigo propõe que a judicialização da saúde no Brasil pode ser dividida em quatro tipologias: i) na primeira, observou-se o surgimento da judicialização no Brasil, classificado como algo virtuoso e com efeitos *positivos* para a sociedade; ii) já na segunda tipologia, observou-se os efeitos prejudiciais da judicialização, que foi classificado como um lado *negativo* desse fenômeno; iii) na terceira, observou-se que os problemas da judicialização da saúde começam a inflacionar a agenda pública e inicia-se a procura por soluções pactuadas e assessorias técnicas para as ações judiciais; iv) a última tipologia expressou a tentativa de diminuição e racionalização da judicialização, por meio de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e grupos de interesses, e que atuam na fase pré-processual. A partir dessas tipologias, foram realizados quatro estudos de caso.

Neste trabalho, foram utilizados dados secundários da literatura científica para a descrição de quatro casos selecionados. Para compreender e demonstrar a teoria proposta, foi usado como referencial teórico os dizeres de Robert Yin sobre estudos de caso que nortearam a estratégia metodológica (17). Segundo esse autor, antes da realização do estudo de caso, deve-se realizar uma revisão minuciosa da literatura para compreender as

questões que envolvem o tema escolhido (17). Nesse sentido, Yin (17) diz que em algumas situações, a metodologia depende da existência de uma teoria prévia, a ser testada no decorrer da investigação.

Foi desenvolvido um protocolo de estudo de caso, que guiou a coleta dos dados secundários provenientes da literatura científica (17). Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2018, nas plataformas que disponibilizam a literatura científica existente sobre o tema: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Portal Brasileiro de publicações científicas em acesso aberto (Oasisbr) e Google Acadêmico (Scholar), e no caso I, utilizou-se também a literatura encontrada nas referências dos textos estudados. Assim, foram utilizados os artigos e trabalhos científicos que estavam disponíveis e foram encontrados pelos descritores selecionados para fazer a pesquisa. Os textos foram selecionados por meio da leitura de todos os resumos.

Figura 1. Fluxograma do estudo



Fonte: elaboração dos autores.

A primeira experiência selecionada como representativa da face *positiva* da judicialização da saúde no Brasil foi nos anos 1990 pelo início das ações requerentes de

medicamentos para o combate à AIDS (15). O exemplo da *judicialização negativa* selecionado foi o caso da disputa sobre a utilização da fosfoetanolamina (FS) sintética (6). Para representar a face da judicialização denominada *assessorias técnicas*, foi escolhido estudar o NAT (Núcleo de Assessoria Técnica) do TJRJ (Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro), que atua em um momento pós-processual. Por fim, a última tipologia é representada pela proposta da *desjudicialização* da saúde derivada da experiência paradigmática do Rio Grande do Norte (RN) com o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) e o SUS Mediado (16).

Quadro 1. Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para os casos I, II, III e IV

Casos	Plataformas	Encontrados	Selecionados	Total sem duplicidade
Caso I	SciELO; BVS; Oasis; BDTD; Referências	436	41	31
Caso II	SciELO; BVS; Oasis; BDTD; Scholar	160	39	34
Caso III	SciELO; BVS; Oasis; BDTD; Scholar	469	29	29
Caso IV CIRADS	SciELO; BVS; Oasis; BDTD; Scholar	52	16	16
Caso IV SUS MED.	SciELO; BVS; Oasis; BDTD; Scholar	20	10	3
Total				113

Fonte: elaboração dos autores.

É importante observar que, no caso IV que trata da experiência do Rio Grande do Norte, a pesquisa foi realizada com dois objetos diferentes, pois o estado teve duas experiências que foram consideradas para a análise do caso de desjudicialização, o CIRADS e o SUS Mediado.

Resultados e discussão

Caso I (judicialização positiva): AIDS

No Brasil, a epidemia da AIDS teve início em 1982 quando o primeiro caso foi registrado (18). A partir daí, a epidemia começou a crescer e várias pessoas foram vítimas da doença

(19). No início da epidemia, os principais atingidos eram os homossexuais masculinos. Posteriormente ela se alastrou para todos os outros estados e para toda a população (20).

Diante dessa realidade e da dificuldade do governo em dar respostas eficientes para conter a epidemia, surgiu uma intensa mobilização social, principalmente dos grupos de homossexuais, que foram se organizando com a criação de organizações não-governamentais (ONGs) em busca de estratégias para combater essa doença (18). A partir da atividade do movimento gay dos anos 1980, começa a surgir no Brasil um importante movimento comunitário de luta contra a AIDS (21).

Um dos momentos mais importantes para os que militavam pelos direitos dos portadores da AIDS foi a abertura do regime político, com o fim da ditadura e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (22). A saúde foi positivada pelo art. 196 da CRFB como direito de todos e dever do Estado, o que possibilitou a gênese do SUS, e fundamentou a criação da Lei nº 8.080/90 denominada Lei Orgânica da Saúde (23).

A existência dessas normas legitimou as demandas por políticas contra a AIDS. A partir do nascimento de um direito, nasce também a possibilidade de provocar a justiça se ele não estiver disponível. Dessa forma, a CRFB proporcionou aos militantes do combate e prevenção à AIDS a possibilidade de recorrer ao Estado se não cumprisse o disposto na Constituição e leis (22). Nesse cenário de redemocratização e consolidação dos direitos humanos, as primeiras ações judiciais para o combate a AIDS começaram a aparecer (21).

Assim, nota-se o surgimento da judicialização da saúde no Brasil, na década de 1990, a partir da avalanche de demandas judiciais após surgimento da AIDS (24). Nesse período, as ações judiciais com pedidos dos fármacos necessários para o tratamento dos soropositivos foram cada vez mais crescentes (22).

A disponibilidade universal dos antirretrovirais (ARV) aconteceu após o ano de 1996, foi incorporada à política brasileira contra o HIV e teve reconhecimento internacional. Esse avanço só foi possível, principalmente, pela militância social e pelas várias ações judiciais propostas coagindo o Executivo, Legislativo e o Judiciário a tomarem atitudes para que as terapias fossem disponibilizada pelo SUS (20).

Até 1998, a judicialização da saúde era praticamente só de ações de medicamentos para o HIV/AIDS. Dois anos após a implantação política de distribuição universal dos medicamentos para AIDS, depois de 1999, as demandas judiciais por saúde começaram a se diversificar, com a inclusão de pedidos de tratamento para outras doenças, para além do HIV/AIDS (21).

A política brasileira para tratar o HIV/AIDS foi tão bem-sucedida que é uma das poucas que tem uma lei específica, Lei nº 9.313/96, que garante gratuitamente todos os medicamentos para tratar a doença. A universalização do fornecimento promoveu a queda na mortalidade, melhora na qualidade de vida dos pacientes, redução da necessidade de tratamento de doenças oportunistas e internações hospitalares, e a diminuição da morbidade em 70% (22).

Miriam Ventura afirmou que não houve outro movimento na história brasileira recente que “obteve um grau tão satisfatório de efetividade da legislação genérica nacional existente como o das pessoas vivendo com HIV/AIDS” (21). Ela enfatizou sobre a importância das assessorias jurídicas das ONGs/AIDS e do Judiciário para a construção do programa de referência no tratamento da AIDS no Brasil (21).

Ventura et al (25) afirmam que “parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde”. E Machado (26) concorda, ao dizer que “pode-se perceber que há evidências tanto positivas quanto negativas do processo de expansão do Poder Judiciário. A adoção da política de AIDS claramente representa o primeiro grupo”. Assim, a judicialização da saúde no caso da AIDS é considerada um evento positivo e virtuoso para a história da judicialização da saúde no Brasil.

Sobre o caso I, nota-se que o desfecho de sucesso do programa de combate ao HIV/AIDS no Brasil permite concluir o quanto a participação social é importante para que seja feita uma boa política, e como o Judiciário é uma via que influencia nas políticas públicas. Wang (22) observa que a política brasileira de combate à AIDS tem o reconhecimento da OMS “como a mais avançada entre os países em desenvolvimento”. Já o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV e AIDS (UNAIDS) disse que a política brasileira de HIV/AIDS “serve de exemplo para outros países”. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) publicou que “nenhum outro país no mundo desenvolveu uma resposta para a epidemia de HIV/AIDS mais efetiva e abrangente que o Brasil” (22).

Esse caso mostrou que as ações judiciais foram os instrumentos usados para constranger o Judiciário a tomar atitudes para melhorar as políticas públicas, o que “reforça a hipótese de que o Judiciário pode ser um ator relevante de participação e influência em políticas públicas”. Por outro lado, demonstrou que ter o conhecimento e a capacidade de usar o Judiciário também é fundamental, e isso depende de uma boa estrutura de assistência jurídica (22).

Um dos pontos positivos da judicialização da saúde é o fato de impulsionar o Poder Executivo a promover mais ações e programas de saúde para suavizar os efeitos das ações judiciais em saúde. Entretanto, após a judicialização do caso da AIDS as demandas só aumentaram, versando sobre os mais diversos pedidos em saúde (27).

Ao observar o papel das instituições nesse processo de judicialização que foi considerado positivo pelos autores pesquisados, nota-se que isso só foi possível porque o dever do Estado foi cumprido integralmente pelos três Poderes. Involuntariamente, todas as instituições relevantes à judicialização contribuíram para as experiências positivas desse caso. Inicialmente foi necessária a ação do Poder Legislativo ao elaborar e aprovar a Constituição Federal de 1988, com grande participação da sociedade organizada. Criado o arcabouço jurídico, onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado (Legislativo, Judiciário e Executivo), sem excluir o dever das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade (Lei nº 8080/90), o Judiciário passou a ter o papel de garantir a aplicação do texto legal tanto no que se refere ao direito quanto ao dever. Cabendo ao executivo a elaboração e a execução das políticas públicas necessárias à implementação deste direito/dever, com a participação da comunidade inserida no art. 198, III da CRFB.

Caso II (judicialização negativa): fosfoetanolamina

O caso da pílula da fosfoetanolamina sintética, denominada pela imprensa de *pílula do câncer*. Esse nome surgiu na imprensa atrelado à cura do câncer, com relatos de pessoas que ao fazerem o uso se diziam curadas ou com melhoras significativas em seus quadros de câncer (28).

Ao obter resultados positivos nos experimentos realizados em células de câncer em animais, liderado por um pesquisador da USP, a substância começou a ser utilizada em alguns pacientes voluntários portadores de câncer, na cidade de São Carlos/SP (29). Tal distribuição se deu de forma informal e por decisão pessoal do pesquisador, sem autorização da universidade ou da Anvisa (30).

Com fim do fornecimento da substância, por uma portaria da USP os pacientes e suas famílias, começaram a propor ações judiciais para obtê-la (31). A divulgação dessa substância como a cura do câncer aliado ao desespero das famílias e pacientes em busca de cura intensificou as ações judiciais requerendo seu fornecimento (25). Assim, as pílulas sem a licença da Anvisa, começaram a ser distribuídas apenas por meio do Judiciário, e a quase totalidade dos pedidos eram deferidos liminarmente (32).

No contexto de centenas de ações judiciais obrigando a USP a fornecer a substância, a universidade decide recorrer ao TJSP para se eximir da responsabilidade pelo fornecimento. E em setembro de 2015 o Tribunal de São Paulo suspende as liminares que garantiam a obtenção das cápsulas pelos pacientes (30), acatando os argumentos de falta de evidência científica e de regularização nos órgãos competentes (33). Com isso, os usuários passaram a recorrer a outros estados e à Justiça Federal (34).

Entretanto, menos de 10 dias após a decisão que suspendia o fornecimento da substância pelo TJSP, o STF entendeu de forma distinta e voltou a permitir a entrega da substância aos pacientes que a solicitaram via judicial (33). Após essa decisão e sua divulgação pela mídia, as ações judiciais requerendo a fosfoetanolamina cresceram exponencialmente, e a USP ficou novamente sobrecarregada (30). Tal contexto, fez com que o departamento jurídico da USP entrasse em colapso, devido a tantas ações judiciais (30).

Após essa série de impasses em relação à fosfoetanolamina, no dia 29 de outubro de 2015, aconteceu no Senado Federal uma audiência pública, para debater sobre as questões que envolvem a fosfoetanolamina (30). Em razão da grande comoção social em torno da *pílula do câncer*, os membros de um grupo de trabalho sobre a fosfoetanolamina da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, elaboraram uma proposta de lei para legalizar o uso da substância (35).

Em março de 2016, tal Projeto de Lei nº 4.639/2016 foi apresentado ao plenário da Câmara dos Deputados e no dia 8 do mesmo mês o projeto foi apreciado sob regime de tramitação de urgência, que dispensa algumas formalidades, e foi aprovado a favor da disponibilidade da *pílula do câncer* sem registro sanitário (35).

No dia seguinte à aprovação pelo Congresso, o projeto passou a tramitar no Senado, com o número Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 3/2016. Em 22 de março de 2016 ele foi aprovado pelo Senado Federal (29) e sancionado como Lei nº 13.269, em 13 de abril de 2016 (31).

Em razão da aprovação da Lei nº 13.269/16, houve grande mobilização das entidades médicas, e dois dias após sua promulgação, a Associação Médica Brasileira (AMB) ajuizou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.501/DF ao STF com o objetivo de suspender a eficácia da referida lei (22). A ADI nº 5.501 foi julgada e ficou decidido que a Lei nº 13.269/16 ficará suspensa até que o tema tenha seu julgamento definitivo. A corte decidiu também pela suspensão das decisões judiciais sobre o fornecimento da fosfoetanolamina (36).

Dessa forma caso II, demonstra conexões com o contexto da judicialização de medicamentos e trouxe à pauta questões relativas à relação entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (37). É um caso que representa o fenômeno do acesso ao Judiciário com fundamento no direito universal à saúde, e também no acesso ao Judiciário com pedidos de medicamentos sem registro, porém nesse caso a substância nem pode ser considerada medicamento (38).

Nota-se que os três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) tiveram participação ativa nesse caso, porém em desarmonia. Nesse contexto, é importante remeter ao art. 2º da CRFB que dispõe sobre o princípio da separação de poderes em que os Poderes da União “são independentes e harmônicos entre si” (35).

A liberação do uso de uma substância chamada de *pílula do câncer* com evidências fracas e sem ensaios clínicos, demonstra a fragilidade jurídica e regulatória existente no Brasil. O que ocorreu é muito delicado, pois pode criar um precedente prejudicial à saúde das pessoas, permitindo que pacientes terminais façam uso de tratamento não testado e sem comprovação de eficiência. Isso pode criar uma jurisprudência a favor da liberação de medicamentos não aprovados no Brasil. Além disso, corrobora com interesse de indústrias farmacêuticas que fomenta associações de pacientes, advogados e sociedades médicas para mobilização da opinião pública (36).

O lado negativo da judicialização, representado bem por esse caso paradigmático, ocorre quando o Judiciário concede às pessoas medicamentos desprovidos de segurança, evidência ou eficácia comprovada, ou concede medicamentos inadequados para o tratamento das enfermidades. Quando isso acontece, os pacientes estão passíveis a uma exposição e a correr riscos desnecessários e/ou prejudiciais à saúde (39).

Além dessas consequências, há também a possibilidade de abrir espaço para que a indústria farmacêutica aproveite as ações judiciais para tentar incorporar seus produtos no mercado, que em regra são mais caros, e conseguem alcançar os médicos através de *marketing farmacêutico* (40).

Diante do exposto, conclui-se que esse caso representou a desarmonia institucional entre os Poderes do Estado. Mesmo diante da existência de uma lei que positiva a capacidade regulatória da Anvisa no âmbito do registro a avaliação dos medicamentos e de decisões que suspenderam liminares judiciais que concediam o *medicamento* sem registro, o Poder Legislativo votou e aprovou, e a presidente sancionou lei contrária à capacidade do Executivo e ao que entendia o Judiciário no momento (37).

Caso III (assessorias técnicas): NAT/RJ

As ações judiciais em saúde chegam para ser decididas pelos juízes, que geralmente não tem nenhum ou pouco conhecimento sobre o assunto, e assim julgam com base no direito à saúde garantido na CRFB ou até pela *emoção* (41). Souza (42) acrescenta que “a falta de conhecimento técnico sobre a área da saúde por parte dos magistrados gera um nível de insegurança decisória preocupante”.

Para melhor resolução das lides, o magistrado necessita analisar algumas questões, como a essencialidade do medicamento ou tratamento em cada caso concreto; se o medicamento está em fase experimental, tem eficácia duvidosa, ou é tratamento alternativo não comprovado; e se há a capacidade de fazer a opção por fármaco correlato ou genérico, observando o menor valor com eficácia semelhante ao fornecido pelo SUS (43). Apesar das ponderações ficarem a cargo do juiz, elas necessitam ser fundamentadas por conhecimentos técnicos específicos (42).

Um dos principais pontos discutidos na Audiência nº 4 no STF em 2009 foi a necessidade de fornecer ao Judiciário assessoria técnica sobre questões de saúde e, a partir disso, o CNJ publicou a Recomendação nº 31 em março de 2010. Essa recomendação dispõe sobre a disponibilidade de apoio técnico para os operadores do direito com a finalidade de auxiliá-los em seu juízo de valor quando tiverem que decidir sobre a assistência à saúde. Ela incentiva a criação de um órgão de caráter consultivo para subsidiar o conhecimento necessário para melhor julgamento desses casos (45).

Essas iniciativas derivadas da Audiência nº 4 culminaram com recomendações para que fossem criados Núcleos de Apoios Técnicos ou Câmaras Técnicas (NAT/RJ); enunciados e cartilhas; Varas Especializadas; e a utilização da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) por operadores do direito (46).

Nesse contexto, em 2009, o Presidente do TJRJ celebrou um termo de cooperação técnica com a Secretária de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ) para criação do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações Judiciais da Saúde. Esse acordo de cooperação visa “preencher lacunas de conhecimento e de comunicação entre o Judiciário e as instituições que compõem o SUS” (42).

Participam do funcionamento do núcleo os profissionais de saúde das mais diversas áreas, como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas (46). O NAT foi planejado com a finalidade de oferecer suporte técnico para os juízes na hora de decidirem sobre os pedidos contra o Estado para o fornecimento de medicamentos, insumos e tratamentos previstos ou não no SUS. Os profissionais emitem pareceres consultivos para subsidiar os

juizes nestas decisões. Eles têm, inclusive, acesso à lista de medicamentos disponibilizados no estoque da Secretaria de Saúde. O suporte técnico deve ser respondido no prazo máximo de 48 horas, por meio de laudos que garantam ao magistrado elementos suficientes para uma sentença segura sob a ótica da tecnicidade (47).

Após análise minuciosa, o parecer é emitido constando todas as informações indispensáveis ao tratamento da doença e utilização da medicação. Mesmo após esse trabalho, cabe ao juiz acatar ou não o que foi concluído pelo parecer, reiterando que os magistrados não estão vinculados a recorrer ao NAT e nem acompanhar o parecer quando solicitado (41).

O NAT/RJ desempenha um papel de filtro, no sentido que muitas as vezes as ações judiciais são desnecessárias visto que há situações em que o tratamento da enfermidade e/ou medicamento está disponível no SUS, ou ainda há pedidos de tratamentos/medicamentos incompatíveis com a doença apresentada (48).

Assim, o caso III abordou a categoria da judicialização da saúde relativa ao início das parcerias institucionais e técnicas para melhorar os efeitos negativos da judicialização da saúde (49, 45). No entanto, apesar de ser uma iniciativa considerada de sucesso quando ponderado o antes e depois de sua atuação, o NAT é uma estratégia pós-processual, sua atuação é quando da existência de uma ação judicial, e não para evitar o surgimento de novas demandas pela solução anterior, via administrativa. A partir dessa experiência, percebe-se que é importante ampliar cada vez mais as parcerias, principalmente entre o Executivo e Judiciário para que se busquem meios preventivos para maior equilíbrio de todo o sistema (50).

Portanto, o NAT é uma estratégia de suma importância para a judicialização da saúde, porém não é a única, sendo necessárias novas estratégias “dentro de uma mudança de mentalidade das instituições para o diálogo interinstitucional e para o debate público” (48).

Caso IV (desjudicialização): CIRADS e SUS Mediado

O Rio Grande do Norte instituiu, pioneiramente, o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) (51) em harmonia com a recomendação 31 e resolução 107 do CNJ. (16). Na Audiência Pública nº 4 de 2009 no STF o CIRADS, do Rio Grande do Norte foi citado por dois ministros como possível modelo para redução da judicialização da saúde (6).

O Comitê é a primeira experiência, no Rio Grande do Norte, que propõe soluções extrajudiciais para litígios relacionados à assistência à saúde (52). É um esforço da

Administração Pública, de resolução alternativa de conflitos, e tem a finalidade de promover soluções estatais conjuntas para resolver os problemas do cidadão com o SUS de forma administrativa (53). Visa a redução dos custos com a judicialização da saúde e resolver os conflitos, sempre respeitando as regras e políticas públicas do Sistema Único de Saúde (54). E procura sempre conciliar os princípios da integralidade e universalidade do SUS com a “efetivação das políticas públicas para, desta forma contribuir com o aperfeiçoamento e qualificação de serviços de saúde” (55).

O CIRADS, atua na conciliação dos interesses dos atores conflitantes, pois o Comitê toma suas decisões com base nas concessões mútuas das partes, apesar de fazer análise do mérito da petição. Tenta-se resolver as demandas através de tratamentos alternativos e adequados ao SUS (44). Os integrantes do Comitê se comprometeram a priorizar as políticas públicas já formuladas pelo SUS (56).

O Comitê Interinstitucional atua no fornecimento de medicamentos, tratamentos, insumos, materiais e serviços de saúde previstos nas listas oficiais do SUS, para as pessoas que acionam a Defensoria Pública, por não obter êxito ao tratamento de um problema de saúde (57).

A experiência do Rio Grande do Norte foi positiva visto que “melhorou o atendimento à saúde e reduziu os índices de judicialização” após a realização de solução consensual dos litígios em matéria de saúde, em que participam várias instituições (58). Em seu primeiro ano de atuação, o CIRADS obteve 50% de resolução consensual nos casos que recebeu (52).

Além do CIRADS, o Rio Grande do Norte instituiu em 2012 um programa, que também visa soluções extrajudiciais em matéria de saúde, que foi denominado SUS Mediado. Seus integrantes são a Defensoria Pública da União e do Estado, as Procuradorias Geral do Estado e Município e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (52).

O SUS Mediado propõe cooperação entre as partes presentes em um litígio de saúde, para que antes de litigarem, que prevaleça o diálogo e a troca de informações para que os usuários tenham suas necessidades de saúde alcançadas e que as políticas públicas de saúde tenham efetividade, independentes de ações judiciais (44).

O indivíduo que se depara com uma prestação de saúde não atendida e que aciona a Defensoria Pública, é direcionado a uma equipe multidisciplinar, formada por assistentes sociais e psicólogos, que fazem triagem da documentação apresentada, e tipo de medicamento ou procedimento solicitado. Se a pessoa se enquadra às exigências, a reunião de mediação é agendada (52).

As sessões de mediação são feitas semanalmente por uma Câmara de Conciliação, e conta com a participação de técnicos da saúde, representantes da DPE, Procuradoria Geral do Estado (PGE) e Procuradoria Geral do Município (PGM) e do representante e/ou usuário (59). Mesmo o programa tendo o objetivo de resolver os litígios extrajudicialmente, se o usuário não tiver seu problema solucionado pela mediação, os procedimentos extrajudiciais são substituídos pelos judiciais (60).

Esse projeto de mediação, além de ter aproximado o cidadão das políticas públicas de saúde do Poder Público, racionaliza o fornecimento de medicamentos, insumos e tratamentos pelo SUS “funcionando como um ‘filtro’ das demandas judiciais” (16). Além disso, o programa, ao identificar falhas em demandas destinadas à população, pode indicar/recomendar políticas públicas e a Defensoria, especificamente, entrar com ações coletivas a partir dessa constatação (59).

Tanto o CIRADS quanto o SUS Mediado são iniciativas que tem por objetivo maior a resolução administrativa de divergências entre o usuário e o SUS, porém eles apresentam algumas diferenças. A principal delas é o tipo de estratégia adotada, o CIRADS utiliza da Conciliação e o SUS Mediado utiliza a Mediação para resolução extrajudicial das demandas.

A experiência do Rio Grande do Norte, exposta nesse caso IV, é representativa da tendência das pactuações institucionais para suavizar a judicialização da saúde. O CIRADS, em seu trabalho de conciliação, envolveu várias esferas de poder para o seu funcionamento e cumprimento dos objetivos de sua instalação, o que contribuiu para o diálogo entre os atores envolvidos na judicialização da saúde (58) com objetivo de viabilizar soluções administrativas às ações judiciais em potencial, como também conciliar ações judiciais já existentes (54).

A partir das experiências do Rio Grande do Norte, com o CIRADS e o SUS Mediado, pode-se considerar que os recursos extrajudiciais também são legítimos para resolver as lides da saúde. Isso pode impulsionar a incorporação de novas técnicas ao Poder Judiciário e parcerias com outras instituições, cabendo observar que o momento é favorável, visto que o novo Código de Processo Civil (CPC) facilita a ocorrência de acordos. Ele prevê a audiência de conciliação como primeiro ato, depois de receber a petição inicial (52).

Considerações finais

Todo esse debate e as propostas recentes de melhorar o impacto da judicialização pode ser representado por um termo: *diálogo institucional ou interinstitucional*. Isso leva a perceber a importância das instituições para a judicialização. À luz dos estudos de caso,

pode-se afirmar que os arranjos institucionais fazem a judicialização ter efeitos, *positivos e negativos*. Portanto, o diálogo entre os diversos atores pode ser um caminho com possibilidades concretas de melhora na situação da proteção do direito à saúde no Brasil. Ainda assim, é importante deixar claro que essas quatro tipologias não são fases, e sim faces, são configurações institucionais que a judicialização apresenta.

O caso da AIDS retrata bem a face virtuosa da judicialização, que ajuda a fazer valer o direito à saúde das pessoas. E retrata que quando as instituições que participam e que tem potencial para influenciar na saúde atuam em harmonia, todos saem ganhando. Sobre esse caso é importante ressaltar que expor a experiência exitosa dos programas de HIV/AIDS não significa que não exista mais judicialização de medicamentos e tratamentos para AIDS, visto que as tecnologias estão em constante evolução.

Já sobre o caso da fosfoetanolamina sintética, nota-se que as instituições caminharam em sentido completamente oposto ao que ocorreu no caso bem-sucedido da AIDS. O que ocorreu foi uma total desarmonia institucional, em que um ente usurpou a competência do outro, sem diálogo, e os principais afetados foram a população, que ficou exposta a uma substância sem comprovação de eficácia. Além disso, os efeitos desse caso podem ser piores, se ele funcionar de incentivo e abrir portas para novos casos semelhantes.

Sobre o caso do NAT/RJ, que representa as parcerias técnicas entre Judiciário, Executivo e técnicos da saúde observa-se que tais parcerias tem o potencial de promover o julgamento das demandas de forma mais racional e coerente. Sobre o ponto de vista das instituições, percebe-se que foi um passo importante para a aproximação entre os atores. Porém, tal representação categórica demonstra iniciativas que ocorrem desde que exista uma ação judicial, elas não atuam na prevenção dos conflitos, apenas na racionalização.

Por último, ao analisar as experiências de diálogos institucionais e pactuações no estado do Rio Grande do Norte, com o CIRADS e o SUS Mediado, constata-se que essa categoria, denominada de desjudicialização, tem grande potencial para ser o caminho do equilíbrio das inúmeras questões da judicialização da saúde, visto que ela atua na prevenção de demandas, resolvendo o que for possível de forma extrajudicial. Existe, também, a característica da celeridade, que é um ponto positivo para o usuário, para o Executivo e para o Judiciário. E mesmo que não ocorra o acordo, esse preceito não retira o direito do cidadão de promover uma ação judicial. Pelo contrário, esse instrumento pode até ajudar, com ações mais bem instruídas e assessoradas.

Esse trabalho preza pela ampliação do diálogo institucional, também para que as instituições envolvidas nas políticas públicas tenham o conhecimento sobre a limitação do

orçamento público, e as prioridades na gestão dos recursos escassos. Entretanto, está ciente de que as soluções institucionais encontram limites, em razão da quantidade de atores envolvidos e da consolidada cultura de litígio no país.

Ante o exposto, nota-se que ocorreu, ao longo dos anos, arranjos institucionais diversos para melhor lidar com os problemas que envolvem os efeitos da judicialização da saúde no Brasil. A tipologia proposta por este trabalho visou expor as faces da judicialização e demonstrou que há possibilidade de pactuação entre os atores para desjudicializar as lides em saúde. Existem muitos instrumentos para isso, porém, as iniciativas para desjudicialização da saúde ainda são embrionárias, com potencial para se desenvolverem e produzir uma cultura de pactuação institucional.

Conclui-se que, por mais que se consiga reduzir a judicialização, ela nunca será zerada. Sempre que alguém se sentir insatisfeito com uma solução administrativa do seu caso, a pessoa vai poder acessar o Poder Judiciário para questioná-lo. E é bom que seja assim, pois a saúde é um direito e a judicialização é um instrumento democrático.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Rio de Janeiro: Roma Victor; 2005.
2. Aith FMA. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. R. Dir. sanit. [Internet]. 14 de abril de 2015 [citado em 13 fev. 2022]; 15(3):85-90 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i3p85-90>
3. Rios RR. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos disponíveis. Revista de Doutrina da 4ª Região. 2009; 1(31).
4. Zanferdini FAM. Desjudicializar conflitos: uma necessária releitura do acesso à justiça. Revista NEJ. 2012; 17(2):237-253.
5. Silva JMPQ e. Conciliação no direito público brasileiro: a experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte. Revista Direito e Liberdade. 2011;13(2).
6. Bucci MPD. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva; 2017.
7. de Carvalho ALB, Diniz AMS, Batista BN de M, Barbosa D de S, Rocha E, Santos OAN, do Nascimento RV. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 16º de dezembro de 2020 [citado em 13 fev. 2022]; 9(4):117-34 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.670>

8. Anjos EC dos S, Ribeiro D da C, Morais LV. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersectorial. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 18º de março de 2021 [citado em 13 fev. 2022]; 10(1):113-28 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.640>
9. Costa KB, Silva LM e, Ogata MN. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 2020 [citado em 13 fev. 2022]; 9(2):149-63 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i2.635>
10. Braga BSF, Oliveira YM da C, Ferreira MAF. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. R. Dir. sanit. [Internet]. 2021 [citado em 13 fev. 2022]; 21:e0003 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.156686>
11. Santos L, Monti JFC. É preciso desjudicializar a saúde como uma das medidas de salvação do SUS [Internet]. II Jornada de Direito da Saúde, São Paulo. Maio 2015 [citado em 22 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf>
12. Zebulum JC. Decisões judiciais na saúde, um campo propício para a interferência de convicções pessoais de cada juiz: análise da jurisprudência de quatro tribunais de justiça. R. Dir. sanit. [Internet]. 30 de maio de 2019 [citado em 13 fev. 2022]; 19(3):16-33 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p16-33>
13. Silva AB da, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. Revista Bioética [Internet]. Ago. 2017 [citado em 13 fev. 2022]; 25(2):290–300 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252189>
14. Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 17 jul. 2007 [citado em 13 fev. 2022]; 20(2):vi doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
15. Gouvêa MM. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. Revista forense: doutrina, legislação e jurisprudência. Nov./dez. 2003;99(370):103–134.
16. Ringeisen ATDS. Mediação de conflitos no Sistema Único de Saúde: visões e práticas de uma experiência no município de NATAL/RN [Dissertação] Natal: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.165fls.
17. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos/ Robert K. Yin; trad. Cristhian Matheus Herrera – 5 ed.- Porto Alegre: Bookman, 2015.
18. Oliveira-Cruz V, Kowalski J, Mcpake B. Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story'- can others do it? Tropical Medicine & International Health [Internet]. Fev. 2004 [citado em 13 fev. 2022]; 9(2):292–297 doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01188.x>
19. Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica [Tese] Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016. 442fls.

20. De Barros SG. A política nacional de luta contra a AIDS e o espaço AIDS no Brasil [Doutorado] Salvador: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2013. 256fls.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde Série Legislação n.º 3, 2005. 136fls.
22. Wang DWL. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde [Dissertação] São Paulo: Mestrado em Direito, Universidade de São Paulo; 2009. 104fls
23. Scheffer M, Andréa LS, e Karina BG. O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais. Série Legislação. 2005; 3:24.
24. Bittencourt GB. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2016 [citado em 13 fev. 2022]; 5(1):102–121 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>
25. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado em 13 fev. 2022]; 20(1):77–100 doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>
26. Machado FRS. A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias. [Tese] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 187fls.
27. Silva MV. “O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde” [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 186fls.
28. Firmino GS. Documentário – (Des) Caminhos para o câncer: o caso fosfoetanolamina sintética. [Monografia] Curitiba: Graduação em Jornalismo II do curso de Comunicação Social, Universidade Federal do Paraná; 2017. 76fls.
29. Otero CS, Massarutti EAS. Em Conformidade com o Direito Fundamental à Saúde Previsto na Constituição Brasileira de 1988, É Possível Exigir do Estado a Prestação de Fosfoetanolamina Sintética para Pessoas com Câncer? Revista Jurídica Cesumar [Internet]. Set./dez. 2016 [citado em 13 fev. 2022];16(3):847-876 doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9184.2016v16n3p847-876>
30. Faleiros ACP. Os estudos de caso dos inibidores de apetite e da fosfoetanolamina sintética: a fragilização do papel da ANVISA. Revista de Direito Sanitário [Internet]. 2017

[citado em 13 fev. 2022]; 18(1):140-170 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i1p140-170>

31. Teixeira TCN, Dutra LMC. Breves considerações jurídicas sobre a polêmica envolvendo a fosfoetanolamina sintética, a “pílula do câncer”. Unisanta - Law and Social Science. 2018; 7(1):39-59.

32. Leite SN, Sampaio ALG, Silva AKB et al. Ações Tentativas de Mídia na Controvérsia da Pílula do Câncer. XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, 2016.

33. Mendes JG, de Oliveira Santos A. Análise dos acórdãos proferidos pelo TJDFR sobre medicamentos. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 2016 [citado em 13 fev. 2022]; 5:8-25 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i0.269>

34. Barbosa EM. Right to try? Fosfoetanolamina, di bella e stamina: uma análise ítalo-brasileira. R. Dir. sanit. [Internet]. 25 de outubro de 2016 [citado em 13 fev. 2022]; 17(2):66-92 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p66-92>

35. Costa LD, Alves SMC. Lei da fosfoetanolamina sintética no Brasil. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 2 de abril de 2018 [citado em 13 fev. 2022]; 7(1):215-28 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i1.468>

36. Teodoro CRS, Caetano R. O caso da fosfoetanolamina sintética e a preocupante flexibilização das normas sanitárias no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. Jul./set. 2016 [citado em 13 fev. 2022]; 26(3):741–746 doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300002>

37. De Moraes MV, Leal MCH. O princípio da separação de poderes e a ponderação de competências: uma análise crítica a partir da decisão sobre a fosfoetanolamina. Revista do Direito Unisc [Internet]. Set./dez. 2016 [citado em 13 fev. 2022]; 3(50):34-52 doi: <https://doi.org/10.17058/rdunisc.v3i50.8464>

38. Castro R, Almeida RA. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. Anuário Antropológico [Internet]. Jul. 2017 [citado em 13 fev. 2022]; 42(1):37-60 doi: <https://doi.org/10.4000/aa.1637>

39. Vargas Peláez CM. Judicialization of access to medicines and pharmaceutical policies in latin american countries [Tese] Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 235fls.

40. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Revista de Salud Pública [Internet]. Abr. 2012 [citado em 13 fev. 2022]; 14(2):340-349 doi: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000200014>

41. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. [Dissertação] Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Poder Judiciário Fundação Getúlio Vargas; 2012. 88fls

42. Souza AM. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro [Dissertação na internet]. Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Administração Pública Fundação Getúlio Vargas; 2016 [citado em 13 fev. 2022]. 90fls doi: <https://doi.org/10.17013/risti.23.90-102>
43. Schulze CJ. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. Revista de Doutrina da 4ª Região [Internet]. Fev. 2014 [citado em 27 jan. 2019]; 58:12. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html
44. Santana BFM. Judicialização da saúde e a necessidade de cooperação técnica entre os órgãos administrativos do estado. Iuris in mente: Revista de Direito Fundamentais e Políticas Públicas. 2016; 1(1):1-8.
45. Pinheiro MC. Núcleos de Assessoramento Técnico: estratégia à judicialização da saúde? [Monografia] Brasília: Curso de Especialização em Gestão Pública Escola Nacional de Administração Pública; 2016. 48fls.
46. Jucovsky VLRS. Judicialização do direito à saúde e interpretação dos tribunais. In: Marinho ME, Teles da Silva S, Oliveira LPS. Diálogos entre juízes. Brasília: UniCEUB; 2014. p.113–134.
47. Delduque MC, Da Silva AB. O direito fundamental à alimentação nos tribunais: uma análise. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde [Internet]. Jul. 2014 [citado em 13 fev. 2022]; 9(1):393-408 doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10213>
48. Ferreira SL, Costa AM da. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? Revista da SJRJ [Internet]. Abr. 2013 [citado em 13 fev. 2022]; 20(36):219-240 doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10213>
49. Peixinho Júnior RG. A falta de critérios em decisões judiciais sobre medicamentos e suas consequências na eficácia do direito fundamental à saúde. [Monografia] Salvador: Graduação em Direito, Universidade Federal da Bahia; 2018. 67fls.
50. Guimarães RCM, Palheiro PHD. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro e a experiência da câmara de resolução de litígios de saúde. Direito à Saúde - Para Entender a Gestão do SUS [Internet]. 2015 [citado em 13 fev. 2022]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_33.pdf
51. Araújo Diniz MG. Direito Social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 20º de dezembro de 2013 [citado em 13 fev. 2022]; 2(2):472-85 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.99>
52. Eufrásio PVDR. O princípio da eficiência nas prestações jurisdicionais sobre direito à saúde [Monografia] Natal: Graduação em Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014. 97fls.

53. Dos Santos CWB. Influência do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal na garantia do direito à saúde: Estudo dos seus primeiros 16 meses de funcionamento em relação ao serviço de internações em leitos UTI. [Monografia] Brasília: Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2012. 50fls.
54. Silva JMPQ e. Conciliação no direito público brasileiro: a experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte. *Revista Direito e Liberdade*. 2011;13(2).
55. Costa JL. O impacto das decisões judiciais aditivas em demandas individuais com fulcro no direito à saúde sobre o SUS: estudo do caso do município de Novo Hamburgo/RS. [Monografia] São Paulo: Pós-Graduação Lato Sensu, Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo; 2014a. 51fls.
56. Moretti NP. Solução consensual de conflitos sanitários na esfera administrativa [Dissertação] São Paulo: Mestrado em Direito, Universidade de São Paulo; 2014. 473fls
57. Rachid RR. Alternativa à judicialização do direito à saúde: a experiência do comitê interinstitucional de Resolução administrativa de demandas da Saúde (CIRADS) no Rio Grande do Norte. In: Bucci MPD, Duarte CS. *Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva; 2017.
58. Rachid RR. Viabilidade da solução administrativa à judicialização da saúde. In: *Anais do III Congresso Nacional da FEPODI*, São Paulo; 2014. p.139-145.
59. Cotrim TP. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS MEDIADO (Natal/RN). *Democracia e Direitos: Dimensões das políticas públicas e sociais*. Brasília. Dez. 2017. p.1455-1467.
60. Silva AB da, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista Bioética* [Internet]. Ago. 2017 [citado em 13 fev. 2022]; 25(2):290-300 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252189>

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Submetido em: 15/03/21

Aprovado em: 05/07/21

Como citar este artigo

Figueiredo IVO, Rosário Costa N. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 out./dez.;11(4): 142-164

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.785>

 License CC Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International

