

**A IMPORTÂNCIA DA MACROJUSTIÇA PARA A  
EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO  
BRASIL**

**THE IMPORTANCE OF MACROJUSTICE FOR THE  
EFFECTIVENESS OF THE FUNDAMENTAL RIHT TO THE  
HEALTH IN BRAZIL**

Daisy Cristina Oliveira Batista Lima<sup>1</sup>  
Danillo Lima dos Santos Oliveira<sup>2</sup>  
Karen Govasque Santana da Silva<sup>3</sup>

**Resumo**

O objetivo é apresentar os contornos da judicialização da saúde no país e demonstrar a importância da macrojustiça para a efetividade do direito fundamental à saúde. No primeiro capítulo, foi apresentado um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil. No segundo capítulo, foi realizado um estudo sobre o conceito de saúde e a inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. No terceiro capítulo, foram abordadas diversas questões a serem consideradas para a concretização do direito à saúde. O último capítulo, discorreu sobre a judicialização da saúde e a necessidade da macrojustiça para a concretização do direito fundamental à saúde no Brasil. Por fim, conclui-se que o sistema de justiça deve ser revisitado, no tocante ao controle sobre a formulação e a implementação de políticas públicas nesta área, a de fim de se exercitar a macrojustiça e conferir efetividade ao direito fundamental à saúde no Brasil. É justificada a feitura do artigo, por se tratar de um tema por demais complexo e palco de acaloradas discussões. O presente trabalho foi elaborado através do método dedutivo e da pesquisa bibliográfica, utilizando-se, primordialmente, de fontes secundárias,

---

<sup>1</sup> Graduada em Direito pela Universidade Tiradentes (2011). Especialista em Direito Penal e Processual Penal pela Faculdade de Direito Professor Damásio de Jesus (2014). Advogada da Ebserh. E-mail: daisy.lima@ebserh.gov.br

<sup>2</sup> Graduado em Direito pela Universidade Federal de Sergipe (2013). Especialista em Direito Previdenciário (2014). Advogado da Ebserh. E-mail: danillo.santos@ebserh.gov.br

<sup>3</sup> Graduada em Direito pela Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe-FANESE (2013). Especialista em Direito do Estado pela Faculdade Guanambi (2016). Advogada da Ebserh e Chefe do Setor Jurídico de Judicial de Passoa. E-mail: karen.santana@ebserh.gov.br

tais como: livros, artigos, sites de internet, e outras literaturas afetas ao tema.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Judicialização. Macrojustiça.

### **Abstract**

The purpose of this article is the judicialization of health in Brazil. The objective is to present the contours of the judicialization of health in the country and demonstrate the importance of macrojustice for the effectiveness of the fundamental right to health. In the first chapter, a brief history of public health in Brazil was presented. In the second chapter, a study was carried out on the concept of health and the inclusion of the right to health in the Federal Constitution of 1988. In the third chapter, several issues to be considered for the realization of the right to health were addressed. The last chapter discussed the judicialization of health and the need for macrojustice to realize the fundamental right to health in Brazil. Finally, it is concluded that the justice system must be revisited, with regard to control over the formulation and implementation of public policies in this area, in order to exercise macrojustice and give effectiveness to the fundamental right to health in Brazil. The article is justified, as it is a very complex topic and the stage for heated discussions. The present work was prepared through the deductive method and bibliographical research, using, primarily, secondary sources, such as: books, articles, internet sites, and other literature related to the topic.

**Keywords:** Right to Health. Judicialization. Macrojustice.

## **1 INTRODUÇÃO**

O direito à saúde não é mais encarado pelos brasileiros como um mero programa genérico de ações a serem implementadas pelo Estado, mas sim como direito público subjetivo a prestações materiais, podendo os indivíduos exigirem do Estado o acesso a bens e a serviços de saúde.

Nesse cenário, desponta o fenômeno da judicialização da saúde, que expressa reivindicações e modos de atuação legítimos dos indivíduos e instituições, visando à concretização do direito fundamental à saúde no Estado Democrático de Direito, amplamente assegurado em leis internacionais e nacionais.

Não há dúvidas de que o acesso ao Poder Judiciário constitui

salvaguarda fundamental para a defesa dos indivíduos contra omissões do Estado em matéria de direito à saúde.

Contudo, o fenômeno também abarca aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, indo muito além do viés jurídico e de gestão de serviços público, razão pela qual questionamos no presente estudo: A judicialização da saúde realmente confere efetividade ao direito fundamental à saúde no Brasil?

## **2 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

No Brasil, as primeiras ações de saúde pública ocorreram no Período Colonial (entre o século XVI e o início do XIX). Elas representavam a preocupação com a saúde da cidade e dos produtos que eram comercializados, pois a assistência ao trabalhador se resumia na prática da quarentena, para evitar a propagação das doenças (BAPTISTA, 2007). Essas ações contemplavam a proteção e o saneamento das cidades, principalmente as portuárias; o controle e a observação das doenças e doentes, promovendo uma prática mais eficaz no controle das moléstias.

Em 1808, com a transferência da família Real portuguesa para o Brasil, foram dados os primeiros passos da medicina com a criação de Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, cidades portuárias que recebiam o maior número de navios e de escravos (PÔRTO, 2006).

No governo de Rodrigues Alves (1902-1906), sob a condução do médico e sanitarista Oswaldo Cruz, as iniciativas de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças epidêmicas. Foram adotadas medidas relevantes, inclusive drásticas, mas que representaram avanços no combate às epidemias. Adotou-se o chamado modelo campanhista, de inspiração bélica, marcado pelo caráter extremamente autoritário. Nesse contexto, nasceu um Código Sanitário que previa a desinfecção inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e a atuação da polícia sanitária (BAPTISTA, 2007).

Com o advento da Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4682, publicado em 24 de janeiro de 1923), marco da previdência social no

Brasil, foram criadas as denominadas caixas de aposentadorias e pensões (CAPs). No entanto, eram restritas a algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marinheiros, ligados à produção exportadora.

Em 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). As principais categorias de profissionais beneficiados foram: marinheiros, bancários, comerciários, industriários. Nesse mesmo período, ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Também foi criado o Conselho Nacional de Saúde. Assim, delineava-se o sistema de proteção social brasileiro, compreendendo a política de proteção ao trabalhador (obrigatoriedade da carteira profissional, jornada de oito horas, direito a férias e a lei do salário mínimo) e, ainda, questões relativas à saúde (BAPTISTA, 2007).

Com o golpe militar e a instalação no Brasil do regime autoritário, em 1964, houve uma drástica piora no cenário da saúde, sentida especialmente pela parcela mais humilde da população (COSTA SILVA et al., 2010). Nessa época, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados (VASCONCELOS, 1999).

Em 1966, ocorreu a unificação dos IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta medida unificou os benefícios para os trabalhadores em geral, independentemente de sua filiação profissional (FORTES, 2011). Novas categorias profissionais foram incorporadas ao sistema, como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos (BAPTISTA, 2007). A migração de pacientes de alguns institutos, acrescida da superlotação nos hospitais, gerou insatisfação geral. Doenças antes erradicadas voltaram, as controladas reapareceram em surtos epidêmicos, houve aumento da pobreza, o saneamento e as políticas de habitação populares ficaram em segundo plano (BAPTISTA, 2007).

No governo da Nova República (1985), com o crescimento do movimento social que defendia a democratização da saúde e difundia a proposta da reforma sanitária (PAIM, 2003), sendo que alguns dos reformistas passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (Ministério da Saúde, Inamps, Fiocruz), o Ministério da Saúde convocou gestores de saúde e, pela primeira vez,

técnicos e usuários para a VIII Conferência Nacional de Saúde (BAPTISTA, 2007).

A referida conferência, realizada em 1986, aprovou as diretrizes da universalização da saúde e do controle social efetivo com relação às práticas estabelecidas (BAPTISTA, 2007), e assim ficaram delineados os princípios norteadores do que viria a ser o Sistema Único de Saúde – SUS, bem como o conceito ampliado de saúde, como direito de todos e dever do Estado (COSTA SILVA, 2010).

Embora tenha se constituído um divisor de águas no que tange ao movimento sanitarista no Brasil, as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde não foram concretizadas de imediato.

Por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ocorrido em 1987, o que representou ponte para a construção do SUS. Avançou na política de descentralização da saúde e do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos Estados na programação das atividades no setor. Além disso, prosseguiu-se nas estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde, antes centralizadas no Inamps (BAPTISTA, 2007).

Como este novo processo ocorria no período das discussões da Assembleia Nacional Constituinte (1987 e 1988), o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde foi tomado como base para a discussão da reforma do setor. As proposições mais importantes desse relatório foram assumidas pela “Constituição Cidadã”, de 1988, dando origem ao SUS, que é o conjunto das ações e dos serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados com o poder público. Trata-se do sistema de atenção à saúde de todos os brasileiros.

### **3 CONCEITO DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

O conceito de saúde é amplo e traduz-se numa questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do nosso status social e individual.

Os principais documentos nacionais e internacionais definem a saúde como um completo estado de bem-estar, e não como uma mera ausência de doenças, incorporando também a concepção de que a situação de saúde é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos; pela conjuntura social, econômica, política e cultural de

determinado país (SCLIAR, 2007); por aspectos legais e institucionais relativos à organização dos sistemas de saúde; e por valores individuais e coletivos sobre como viver bem (AYRES, 2007).

A compreensão do conceito de saúde, portanto, implica o desenvolvimento de políticas e ações mais amplas, que assegurem bem-estar a todos (SCLIAR, 2007).

No plano internacional, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, ao qual estabelece o artigo 12 do pacto que os Estados reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental, e o artigo 10 do protocolo determina que toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.

No cenário brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária. Ele abrange a perspectiva promocional, preventiva e curativa, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida

O direito à saúde foi inserido no art. 6º da Constituição Federal de 1988, no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Também está previsto no art. 196 da Lei Maior, como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser 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.

Constitui um direito fundamental, que está diretamente associado ao direito à vida, e à dignidade social, implicando o direito a prestações – direito positivo; e o direito de defesa contra algo ou alguém que provoque prejuízos à saúde – direito negativo (SARLET E FIGUEIREDO, 2010).

Na lição de SCHULZE (2019), o Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como: i) o princípio da dignidade humana; ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a “um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários”; iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e iv) o dever de progresso, que

diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. Trata-se, portanto, de um direito de satisfação progressiva que não é absoluto, ou seja, não comporta como dever do Estado a garantia de acesso pelos indivíduos a toda e qualquer prestação de saúde existente.

#### **4 QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS NO TOCANTE À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

A demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos teve um crescimento exponencial nos últimos anos. É o fenômeno denominado de judicialização da saúde.

Em geral, o provimento jurisdicional tem-se limitado a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação buscada pelos requerentes, respaldados por uma prescrição médica individual. Todavia, nem sempre o insumo ou procedimento pretendido está de acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelas instâncias do SUS, ou está incluído nas listas de medicamentos financiados pelo sistema público. Tal posicionamento do Judiciário tem resultado numa forte discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional deste poder, para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da Saúde.

A deliberação, em princípio, é de competência dos Poderes Executivos em conjunto com as instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS, considerando as implicações orçamentárias e técnicas que envolvem a incorporação de tecnologias – em especial, as novas tecnologias – na assistência à saúde individual e coletiva. No entanto, há um relativo consenso sobre a possibilidade de se exigir judicialmente do administrador a implementação das políticas públicas, ou mesmo sua adequação às diretrizes, princípios e conteúdos determinados na Constituição Federal e leis infraconstitucionais.

As dúvidas e divergências existentes dizem respeito ao modo como as prestações genéricas devem ser cumpridas especificamente pelo Estado, quais os limites e os meios legais e eticamente válidos de exigí-las, se não forem cumpridas.

Afinal, mesmo havendo estrutura de apoio técnico, teria o Judiciário competência e legitimidade para se manifestar sobre o uso

específico de tecnologias em saúde? Não estaria assim interferindo na formulação de políticas públicas? Não haveria, assim, a criação de dois processos decisórios, com fluxos e regramentos distintos, um no âmbito do SUS, e outro na via Poder Judiciário? Não haveria tratamento desigual entre os pacientes acometidos pela mesma doença e agravo de acordo com o acesso ou não ao Judiciário?

Atualmente, há três posições sobre as possibilidades de atuação do Judiciário na determinação de prestações a serem cumpridas pelo SUS. A primeira posição defende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público. Uma segunda entende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado. Já a terceira, sustenta que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado.

No que tange à efetividade do direito, a primeira grande dificuldade enfrentada gira em torno da abrangência do mínimo existencial em saúde, considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece que o acesso a bens e serviços de saúde deve ser universal, igualitário e integral, e que não se pode prescindir das políticas públicas para alcançar a universalidade, a igualdade e a integralidade de acesso a bens e serviços de saúde.

Outro ponto relevante é a dimensão econômica, vez que a garantia de prestações materiais por parte do Estado depende da real disponibilidade de recursos financeiros, isto é, da chamada reserva do possível, que se desdobra três aspectos: a) disponibilidade fática de recursos; b) disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos, de acordo com as competências dos entes da Federação; e c) proporcionalidade da prestação, considerando-se a razoabilidade de sua exigência. Trata-se de um limite para atuação do próprio Estado no tocante a possibilidade de ofertas materiais, cujas decisões alocativas de seus agentes devem ser transparentes e passíveis de fiscalização pelo controle social (SARLET e FIGUEIREDO, 2010).

De acordo com BOTELHO (2011), a análise do caso concreto pelo Poder Judiciário, sem consideração das questões econômicas e dos impactos de suas decisões para a coletividade, revela incapacidade de

compreensão e de ajusta à realidade. A conscientização socioeconômica do magistrado aumenta as possibilidades de escolha da decisão no caso concreto, de forma fundamentada, evitando uma análise simplesmente normativa, pois o direito a prestações materiais depende de pressupostos financeiros e não pode ser julgado sem a consideração dos aspectos econômicos.

Também é importante mencionar as enormes desigualdades sociais (renda, moradia, alimentação, escolaridade, entre outras) existentes no país, e que essas desigualdades influenciam diretamente na origem de outras desigualdades, como a de acesso a serviços, inclusive de saúde, e o próprio acesso ao Poder Judiciário. Assim, a intervenção judicial nas demandas individuais de saúde, apenas aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos (BARATA; CHIEFFI, 2009; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Segundo BARCELLOS (2010), o magistrado precisa se preocupar não apenas com um indivíduo, mas também com o conjunto de indivíduos de toda a sociedade, considerando que muitos deles são invisíveis ao poder Judiciário, por não possuírem meios para acessá-lo. Em estudo sobre o perfil socioeconômico de litigantes representados por advogados públicos, WANG E FERRAZ (2013) concluem que existem grandes desafios a serem superados no atendimento da parcela mais vulnerável da população e que, inclusive, a provisão de representação jurídica gratuita não garante por si só que os mais pobres terão suas demandas apreciadas pelo Poder Judiciário.

Outra questão essencial é a complexidade dos processos que envolvem a avaliação de tecnologias e a incorporação dessas tecnologias ao sistema de saúde. Essas decisões não devem levar em consideração apenas a eficácia e a segurança, mas também a efetividade e o aspecto econômico. Não basta a indicação de uso, devendo ser avaliadas as alternativas terapêuticas, a fim de que resulte na melhor relação custo e benefício, e ainda o impacto financeiro de sua introdução no sistema de saúde.

## **5 DA MACROJUSTIÇA PARA A GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE**

Atualmente, verifica-se a justiça do caso concreto nas ações judiciais de saúde, denominada pelo ministro do Supremo Tribunal Federal Gilmar Mendes, de “microjustiça”. O Poder Judiciário está mais inclinado a conceder decisões favoráveis ao autor em ações individuais do que em ações civis públicas, pois, nestas últimas, por serem estruturais e causarem maior impacto financeiro, há uma atuação mais cautelosa.

Não há dúvidas acerca da relevância do Poder Judiciário para a proteção dos cidadãos nos casos de omissão do Estado quanto às prestações incluídas nas políticas públicas. Uma vez prevista a oferta de determinado bem ou serviço, é dever do Estado garantir o acesso ao indivíduo, cabendo ao Poder Judiciário o controle sobre essa atuação, de modo que o bem ou serviço não seja negado, observadas as condições de acesso previstas na política pública.

Contudo, é necessário repensar a atuação do Poder Judiciário no que tange ao direito fundamental à saúde, partindo da microjustiça em busca de uma macrojustiça, que pressupõe o controle sobre as políticas públicas de forma abrangente, a fim de garantir que elas observem os princípios constitucionais de universalidade e igualdade de acesso a bens e a serviços de saúde, e constituam meios para a concretização das promessas constitucionais, em consonância com a capacidade financeira do Estado.

Segundo GEBRAN NETO (2019), a “macrojustiça” implica uma verdadeira alteração no curso da judicialização, para que ela se volte à busca da efetividade das promessas constitucionais e das políticas públicas existentes. Também para que o judiciário brasileiro exercite a macrojustiça, para controle do custeio adequado e do arranjo organizativo do SUS (PINTO, 2017), e mude o foco de sua atuação para a formulação de políticas e o estabelecimento de canais administrativos de comunicação, contribuindo, assim, para a efetivação dos direitos civis e das garantias constitucionais (VENTURA et al., 2016).

O investimento em serviços de saúde ou na oferta de medicamentos não é suficiente para efetivação do direito à saúde no Brasil. Embora o sistema único de saúde – SUS seja fundamental, a atuação do Estado deve ir além, devendo garantir o financiamento das políticas que atuam sobre diversas camadas dos fatores que influenciam as condições de saúde da população.

Na lição de BUSS E PELLEGRINI FILHO (2007), este enfoque mais amplo tem que considerar quatro níveis de políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde: 1º nível – políticas que atuam sobre os fatores comportamentais e estilo de vida com abrangência nacional; 2º nível – políticas que garantem rede de apoio, envolvendo ações coletivas; 3º nível – políticas que atuam sobre as condições materiais e psicossiais nas quais as pessoas vivem e trabalham (água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros); e 4º nível – políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção da cultura de paz e solidariedade.

Conforme o modelo de determinação social da doença, não se assegura o maior nível de saúde à sociedade apenas por meio da oferta de bens e serviços de saúde (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007). A título exemplificativo, do que adiantaria garantir o atendimento em unidade de saúde e os medicamentos para o tratamento se os indivíduos sequer possuem recursos para se alimentar de forma apropriada, vivem em condições precárias e não têm acesso a saneamento básico, trabalham em ambientes insalubres, e não exercem autocuidado em saúde por motivos diversos?

Portanto, não é possível garantir o direito à saúde aos brasileiros por meio da microjustiça, que se faz em decorrência de uma ação individual de saúde, e que tem foco, de forma indiscriminada, na oferta de tecnologias em saúde. O direito fundamental à saúde deve ser assegurado não somente pela garantia de acesso a bens e serviços de saúde, mas também através da formulação de políticas sociais e econômicas, direcionadas à redução do risco dos indivíduos adoecerem e de serem acometidos por outros agravos à saúde. Para tanto, faz-se necessário a implantação de um conjunto de respostas políticas e ações governamentais mais amplas, e não meramente formais e restritas às ordens judiciais.

## **6 CONCLUSÃO**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elenca a saúde como um direito fundamental, garantindo o acesso universal e igualitário com tratamento integral. Trata-se de um direito

social de natureza pública subjetiva, que exige uma prestação positiva do Estado, impondo a sua inserção nas políticas públicas.

Embora seja um marco relevante e decisivo no tocante ao reconhecimento do direito à saúde no Brasil, a concretização desse direito ainda esbarra na omissão estatal e na escassez dos recursos públicos, além de outros fatores.

Nesse contexto, desponta a judicialização da saúde como instrumento para a garantia do acesso a bens e serviços de saúde, conferindo ao Poder Judiciário o protagonismo da efetivação do direito à saúde no Brasil.

Não há dúvidas de que o controle judicial sobre as políticas públicas, sobretudo no tocante à alocação de recursos do Estado pelos agentes políticos, é imprescindível para a efetivação do direito à saúde.

No entanto, é necessária uma visão macro por parte do Poder Judiciário, para determinar a revisão de aspectos que influenciam e/ou reduzem a efetividade das políticas de saúde existentes ou a formulação de novas políticas.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. In: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. 2ª tiragem. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Juris, 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

BARATA, R.; CHIEFFI, A.L. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago, 2009.

BORGES, D.L.C. Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BOTELHO, R.F. A Judicialização do direito à saúde: atenção entre o “mínimo existencial” e a reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2011.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

COSTA e SILVA, Cristiane Maria; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro, *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, agosto 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. *Vida Pastoral*, janeiro-fevereiro 2011. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.

GEBRAN NETO, J. P. Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. In: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. *Direito à saúde*. 2. Ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 99-130.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Brasil. Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

PINTO, E. G. Estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Textos para Debate).

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, Outubro-Dezembro. 2006.

ROMERO, L.C. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, 2008 (Textos para discussão 41).

SANT'ANA, J.M.B. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M.F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SALET, I.W.; TIMM, L.B (Orgs). Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2010. p. 13-50.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

SCHULZE, C. J. Judicialização da saúde no século XXI. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.

SCHULZE, C.J. Direito à saúde e o Poder Judiciário. In: SCHULZE, C.J.; GEBRAN NETO, J.P. Direito à saúde. 2. Ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 29.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção a saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

VENTURA, C. A. A. et al. Alternatives for the enforcement of the right to Health in Brazil. Nursing Ethics, London, v. 23, n. 3, p. 318-27, 2016.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev. Saúde Pública, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WANG, D.W.L. Right to Health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. *Human Rights Law Review*, New York, 15, p. 617-641, 2015.

WANG, D.W.L.; FERRAZ, O.L.M. Atendendo os mais necessitados? Acesso à justiça e o papel de defensores e promotores públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de São Paulo. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 167-90, 2013.