



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**ANDRIELLY GOMES DE JESUS**

**Judicialização da saúde no Tocantins e Gestão Social: interfaces, possibilidades e desafios entre Estado e Sociedade**

**Palmas (TO)  
2021**

ANDRIELLY GOMES DE JESUS

**Judicialização da saúde no Tocantins e Gestão Social: interfaces, possibilidades e desafios entre Estado e Sociedade**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional avaliado para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Professor Dr. Airton Cardoso Cançado.  
Coorientadora: Profa. Dra. Helga Midori Iwamoto

Palmas (TO)  
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

D326j de Jesus, Andrielly Gomes.

Judicialização da saúde no Tocantins e Gestão Social: interfaces, possibilidades e desafios entre Estado e Sociedade. / Andrielly Gomes de Jesus. – Palmas, TO, 2021.

205 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Doutorado) em Desenvolvimento Regional, 2021.

Orientador: Airton Cardoso Cançado

Coorientadora : Helga Midori Iwamoto

1. Judicialização. 2. Saúde. 3. Gestão Social. 4. Interesse bem compreendido. I. Título

**CDD 338.9**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDRIELLY GOMES DE JESUS

### Judicialização da saúde no Tocantins e Gestão Social: interfaces, possibilidades e desafios entre Estado e Sociedade

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional avaliado para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Regional e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 15/12/2021

Banca Examinadora

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado  
Universidade Federal do Tocantins

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Helga Midori Iwamoto  
Universidade Federal do Tocantins

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. João Aparecido Bazzoli  
Universidade Federal do Tocantins

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alex Pizzio da Silva  
Universidade Federal do Tocantins

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Armindo dos Santos de Sousa  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

*Aprovado*  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Miguel Pacifico Filho  
Universidade Federal do Norte do Tocantins

Palmas/TO, 2021

## AGRADECIMENTOS

Á Deus por tudo e por todos. Á Deus pelo seu socorro providencial nos momentos difíceis, pela oportunidade que me conferiu de alcançar mais esse objetivo de vida e de profissão. A tua Divina proteção e a maternal proteção de Maria Santíssima por ter me guardado em todos os trajetos percorridos semanalmente entre Araguaína e Palmas. Ao pai, ao criador por escutar e atender sempre minhas súplicas e preces. Pois, tudo posso naquele que me fortalece.

Ao meu esposo Helierson pela parceria, paciência, pelo companheirismo, amor e por todo o apoio e suporte que foram essenciais para manter-me firme no nosso propósito e, que me fizeram manter o equilíbrio nessa caminhada.

Á Meus filhos, Ana Clara e João Vitor, por compreenderem minha ausência e por terem tornado essa batalha e o fardo mais leve com o amor, sorriso, carinho, ternura e a presença de vocês.

Á meus pais, Valdemiro e Valdenici e minha irmã Andressa pela prontidão a todos os meus chamados, pelas palavras de incentivo e encorajamento, pelas orações, por sempre acreditarem no meu potencial e por ingressarem junto comigo em cada novo sonho e objetivo. Vocês são meus alicerces, meus maiores exemplos.

Á minha sogra, Maria dos Anjos por estar sempre disposta e presente nas nossas necessidades e dificuldades e, pelas valiosas orações.

Ao professor e orientador Airton Cardoso Cançado e a professora coorientadora Helga Midori Iwamoto, a dupla perfeita. Meu muito obrigado por ingressarem junto a mim nessa jornada, por confiarem em mim, por todos os ensinamentos, pela presteza, disposição e dedicação em ensinar e orientar. Obrigada por serem tão detalhistas me fazendo enxergar que sou capaz de ir além e, por extrair de mim o meu melhor.

À toda minha família, especialmente, José Araújo, Selma, Keith e Marcela que mesmo distante se fazem presente e solícitos em todos os momentos da minha vida.

Aos meus amigos e compadres que se fazem família, pelo incentivo, tolerância, abraços e consolação nos momentos de crise.

Aos colegas de doutorado pela conduta fraterna e convivência amigável em todos os momentos. A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional pela valiosa contribuição na minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

Por fim, agradeço a todos os sujeitos participantes do estudo, pela doação e pela contribuição especial para os resultados dessa pesquisa.

## RESUMO

A judicialização da saúde é um fenômeno mundial, em expansão, compreendida como alternativa para garantir o direito constitucional e fundamental da saúde, capaz de gerar efeitos deletérios ao sistema de saúde, a administração pública e a sociedade. Este estudo dedicou-se a levantar e discutir possibilidades da Gestão Social como estratégia doutrinária, fomentadora e fortalecedora do diálogo interinstitucional, além do protagonismo da sociedade civil no contexto da judicialização da saúde no estado do Tocantins. Para alcançar este objetivo, procedeu-se com a *e-interview* assíncrona com atores sociais que compõem parcialmente esse cenário no estado do Tocantins: magistrados, gestores de saúde e acadêmicos do curso de direito para levantar a percepção deles sobre esse fenômeno. Como resultado, observou-se a onipotência atribuída ao Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) como propulsor dos elevados números de litígios de saúde, a escassez de diálogo entre os atores sociais, a baixa participação da sociedade civil e a necessidade urgente de inserção sua inserção nesse contexto. Os resultados conclamam por estratégias que racionalizem as ações judiciais de saúde, amenizem os efeitos deletérios provocados pela judicialização, tratem os conflitos pujantes gerando o equilíbrio e a harmonia entre os atores sociais, instituições e ainda entre os interesses individuais e coletivos (aqui entendido como Interesse Bem Compreendido). Não obstante, alternativas que fomentem a participação da sociedade civil e o diálogo interinstitucional nesse contexto, sendo, a Gestão Social uma possibilidade para conduzir essas questões.

**Palavras chaves:** Gestão social; Judicialização da saúde; Poder Judiciário; Poder Executivo; Sociedade Civil; Interesse bem compreendido; Tocantins.

## ABSTRACT

The judicialization of health is an expanding global phenomenon, understood as an alternative to guaranteeing the constitutional and fundamental right to health, capable of generating harmful effects on the health system, public administration and society. This study was dedicated to raising and discussing possibilities of Social Management as a doctrinal strategy, which fosters and strengthens inter-institutional dialogue, in addition to the role of civil society in the context of the judicialization of health in the state of Tocantins. To achieve this goal, we proceeded with an asynchronous e-interview with social actors that partially make up this scenario in the state of Tocantins: magistrates, health managers, and law school academics (representing civil society) to raise their perception about this phenomenon. As a result, the omnipotence attributed to Article 196 of the Federal Constitution (BRAZIL, 1988) was observed as a driver of the high numbers of health disputes, the lack of dialog between social actors, the low participation of civil society, and the urgent need for insertion of civil society in this context. The results claim for strategies that rationalize health lawsuits; alleviate the harmful effects caused by judicialization; address the thriving conflicts, generating balance and harmony between social actors, institutions, and even between individual and collective interests. Nevertheless, alternatives that encourage the participation of civil society and inter-institutional dialogue in this context, with Social Management being an effective and efficient strategy to meet these needs.

**Keywords:** Social management; Judicialization of health; Judicial power; Executive power; Civil society; Tocantins.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proposta de uma aproximação teórica para a gestão social, baseado em categorias teóricas da Gestão Social e suas interações.....	27
Figura 2 – Esquema do processo de coleta e sistematização dos dados .....	79
Figura 3 – Proposta de rede representativa da Gestão Social da saúde .....	136
Figura 4 – Proposta de rede representativa da Gestão Social da saúde.....	137

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Núcleos de estudos sobre Gestão Social no Brasil.....	19
Quadro 2. Trajetória do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social.....	20
Quadro 3. Síntese de conceitos e perspectivas de Gestão Social .....	24
Quadro 4. Categoria 1: Estado .....	92
Quadro 5. Categoria 2: Saúde .....	107
Quadro 6. Categoria 3: Sociedade Civil.....	121
Quadro 7. Síntese dos resultados .....	140

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Passos procedimental para constatação da saturação teórica.....	81
Tabela 2 - Exemplo hipotético da distribuição de frequência de enunciados referentes a uma categoria de análise fictícia.....	82
Tabela 3 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Papel do Estado segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	182
Tabela 4 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Judicialização da saúde segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	183
Tabela 5 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Saúde segundo percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	184
Tabela 6 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Sociedade civil segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	185
Tabela 7 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos gestores de saúde.....	186
Tabela 8 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos gestores de saúde.....	187
Tabela 9 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos gestores de saúde.....	188
Tabela 10 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos gestores de saúde.....	189
Tabela 11 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos magistrados .....	190
Tabela 12 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos magistrados .....	191
Tabela 13 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos magistrados .....	192
Tabela 14 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos magistrados .....	193

## LISTA DE SIGLAS

AL	Alagoas
APS	Atenção Primária em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
ART	Artigo
ARV	Antirretrovirais
BA	Bahia
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CE	Ceará
CEATS	Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CF	Constituição Federal
CIAGS	Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONAAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<i>COHRED</i>	<i>Council on Health Research for Development</i>
DPE	Defensoria Pública do Estado
EAUFBA	Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia
EBAPE	Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
ENAPEGS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social
ESAG	Escola Superior de Administração e Gerência
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GS	Gestão Social
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBC	Interesse Bem Compreendido
IES	Instituição de Ensino Superior
INCUBACOOOP	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares
INDES	Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social
INTERFARMA	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
LIEGS	Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social
LOA	Lei Orçamentária Anual
MG	Minas Gerais
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NEAPEGS	Núcleo de Estudos em Administração Pública e Gestão Social
NEATS	Núcleo de Estudos de Administração do Terceiro Setor
NESoL	Núcleo de Economia Solidária
NIGS	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Tecnologias em Gestão Social
NIPETS	Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos Sobre o Terceiro Setor
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pará

PAS	Plano Anual da Saúde
PE	Pernambuco
PEGS	Programa de Estudos em Gestão Social
PPGDR	Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional
PUC	Pontífica Universidade Católica
RGS	Rede de Pesquisadores em Gestão Social
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TACLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFD	Tratamento fora domicílio
TICs	Tecnologias de informação e comunicação
TO	Tocantins
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UNAMA	Universidade da Amazônia
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCA	Universidade Federal do Cariri
UFLA	Universidade de Lavras
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
USP	Universidade São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Contribuição do estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Gestão social .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 Interesse bem compreendido: uma categoria da Gestão Social .....	32
3.1.2 Gestão social no contexto das políticas de saúde pública.....	39
<b>3.2 Judicialização da saúde.....</b>	<b>40</b>
3.2.1 Breve histórico da judicialização da saúde no Brasil .....	42
3.2.2 Judicialização da saúde em números .....	45
3.2.3 Judicialização da saúde nos tempos de pandemia da COVID-19.....	46
3.2.4 Conflitos pujantes da judicialização da saúde .....	48
3.2.5 Judicialização e os reflexos no orçamento brasileiro .....	56
3.2.6 Motivações da judicialização.....	59
<b>3.3 Judicialização da saúde e a gestão social.....</b>	<b>62</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>66</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2 Área do estudo .....</b>	<b>68</b>
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>69</b>
<b>4.4 Instrumentos de coleta de dados: entrevista eletrônica (e-interview) .....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 Validação e confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>74</b>
<b>4.6 Procedimentos de coleta .....</b>	<b>74</b>
<b>4.7 Abordagem dos participantes.....</b>	<b>74</b>
<b>4.8 Análise dos dados (técnicas e procedimentos).....</b>	<b>76</b>
4.8.1 Material coletado .....	77
4.8.2 Fase de pré-exploração do material .....	77
4.8.3 Seleção das unidades de análise .....	77

4.8.4 Codificação ou categorização e subcategorização .....	79
<b>4.9 Delimitação da amostragem da pesquisa: procedimentos para constatar saturação.....</b>	<b>80</b>
4.9.1 Operacionalização da delimitação da amostra segundo o método de amostra por saturação .....	82
4.9.1.1 Apresentação da saturação teórica dos acadêmicos do curso de direito (APÊNDICES F ao I) .....	85
4.9.1.2 Apresentação da saturação teórica dos gestores de saúde (APÊNDICES J ao M) .....	86
4.9.1.3 Apresentação da saturação teórica dos magistrados (APÊNDICES N ao Q) .....	88
<b>4.10 Aspectos éticos .....</b>	<b>89</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1 Categoria: estado.....</b>	<b>91</b>
5.1.1 Subcategoria: ineficiência do Estado.....	92
5.1.1.1 O entendimento da judicialização da saúde segundo a percepção dos atores sociais.....	92
5.1.1.2 Motivações que levam a judicialização da saúde.....	96
5.1.1.3 Desafios da judicialização da saúde.....	102
<b>5.2 Categoria: saúde.....</b>	<b>106</b>
5.2.1 Subcategoria: saúde, um direito constitucional.....	108
5.2.1.1 O direito a saúde - artigo 196 da Constituição Federal e a judicialização como estratégia.....	108
5.2.1.2 Conflitos de interesses: coletivo <i>versus</i> individual? .....	114
<b>5.3 Categoria: sociedade civil.....</b>	<b>121</b>
5.3.1 Subcategoria: Coletividade, mobilização e participação da comunidade.....	122
5.3.1.1 Privilegiados e requerentes da judicialização da saúde.....	122
5.3.1.2 Possibilidades da gestão social no enfrentamento da judicialização da saúde .....	126
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>141</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....(TCLE).....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO - MAGISTRADOS .....</b>	<b>172</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO - GESTORES DA SAÚDE.....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO - ACADÊMICOS DO CURSO DE DIREITO ....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO - DEFENSORES PÚBLICOS .....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE F – TABELA 3.....</b>	<b>182</b>
Tabela 3 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Papel do Estado segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito.....	182
<b>APÊNDICE G – TABELA 4.....</b>	<b>183</b>
Tabela 4 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Judicialização da saúde segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito.....	183
<b>APÊNDICE H – TABELA 5.....</b>	<b>184</b>
Tabela 5 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Saúde segundo percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	184
<b>APÊNDICE I – TABELA 6 .....</b>	<b>185</b>
Tabela 6 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Sociedade civil segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito .....	185
<b>APÊNDICE J – TABELA 7.....</b>	<b>186</b>
Tabela 7 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos gestores de saúde .....	186
<b>APÊNDICE K – TABELA 8.....</b>	<b>187</b>
Tabela 8 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos gestores de saúde .....	187
<b>APÊNDICE L – TABELA 9 .....</b>	<b>188</b>
Tabela 9 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos gestores de saúde .....	188
<b>APÊNDICE M – TABELA 10 .....</b>	<b>189</b>
Tabela 10 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos gestores de saúde .....	189
<b>APÊNDICE N – TABELA 11 .....</b>	<b>190</b>

Tabela 11 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos magistrados .....	190
<b>APÊNDICE O – TABELA 12.....</b>	<b>191</b>
Tabela 12 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos magistrados .....	191
<b>APÊNDICE P – TABELA 13.....</b>	<b>192</b>
Tabela 13 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos magistrados .....	192
<b>APÊNDICE Q – TABELA 14.....</b>	<b>193</b>
Tabela 14 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos magistrados .....	193
<b>APÊNDICE R – UNIDADES DE ANÁLISES .....</b>	<b>194</b>
Tabela 15 – Unidade de análises suscitadas nas narrativas dos sujeitos participantes.....	194
ET- Eixo temático .....	<b>194</b>
<b>ANEXO B – TRÂMITES BUROCRÁTICOS DO CEP .....</b>	<b>199</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde é um fenômeno mundial, predominante nos países da América Latina em decorrência da aproximação dos fatores históricos, políticos e sociais desse grupo. Tratam-se de nações marcadas pelo subdesenvolvimento, com inúmeros problemas sociopolíticos, que adotam, em sua maioria, o sistema judicial da *civil law* e o modelo de saúde segmentado. A judicialização da saúde é um fenômeno dilemático, de dimensão ético-filosófico e social em crescimento vertiginoso, que geram impactos negativos no orçamento público, no aumento das iniquidades sociais e revelam mazelas do sistema público de saúde. É ainda um fenômeno multifacetado e multidisciplinar, que envolve as esferas Jurídica, Executiva, Legislativa, médica, sanitária, comerciais, comunitárias, entre outras (HAWERROTH, *et al.*, 2021; LEÃO, LANNI, 2020; NAKAMURA, CAOBIANCO, 2019).

O crescimento exponencial do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil pode ser comprovado pelo expressivo número de ações judiciais de saúde, publicadas no relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021). Em 2015, o número de casos novos totalizaram 322.395 (trezentos e vinte e dois mil trezentos e noventa e cinco) ações judiciais, aumentando para 486.423 (quatrocentos e oitenta e seis mil quatrocentos e vinte e três) novos casos em 2020. No entanto, é importante ressaltar que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia de COVID-19, que evidentemente impactou severamente no aumento das demandas judiciais. O documento revela ainda a maior concentração de litígios na região Sudeste, possivelmente justificado pela alta densidade populacional encontrada nos estados que compõem essa região.

A judicialização teve início com a efetivação dos direitos sociais, mais especificamente do direito à saúde, quando, na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) foi reconhecido como direito fundamental (SANTOS, 2021). Nesse sentido, a saúde passou a ser compreendida como direito fundamental, essencial à preservação e manutenção da vida e pressuposto da dignidade da pessoa humana (MAGGIO, DALLARI, 2017). A saúde como direito de todos e dever do Estado, constitucionalmente aplicado no Brasil e em muitos outros países, é a questão central dos vultosos números de ações judiciais nessa área (ZAGO, *et al.*, 2016). A fragilidade, a ausência ou a omissão do cumprimento desse direito, deu origem à intervenção do Poder Judiciário na efetivação do acesso a serviços e insumos de saúde sob reivindicação dos cidadãos. Portanto, a judicialização da saúde caracteriza-se pela interferência do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde (HAWERROTH, *et al.*, 2021; ZAGO, *et al.*, 2016; HAERTER, 2016; FALCHI, 2014).

O marco fático da judicialização da saúde no Brasil ocorreu no início da década de 1990, com o movimento em defesa dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) e o sucesso das ações judiciais pertinentes a essa causa (BUÍSSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018; MARQUES, 2017; DANIELLI, 2016).

Segundo Marques (2017), as ações de combate e controle do HIV/AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida) só se tornaram possíveis pelos benefícios advindos das reivindicações judiciais, que proporcionou dentre outras iniciativas, condições para a criação da Lei 9.313 (BRASIL, 1996). O dispositivo legal, determinou a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do vírus HIV, logo, esse acontecimento histórico, abriu precedente e impulsionou a sociedade a judicializar suas causas.

O termo judicialização é empregado para descrever a confiança na concessão de direitos para resolução de decisões políticas complexas, por exemplo, a distribuição escassa de recursos (LAMPREA, 2017; MICHELMAN 2008; WALDRON 2006). Sendo assim, judicialização da assistência à saúde, refere-se à utilização de ações judiciais e liminares de direito para consecução de acesso a serviços de saúde e insumos (LAMPREA, 2017). Para Silva (2013), judicialização da saúde refere-se à busca do poder judiciário como última alternativa para obtenção de medicamentos ou tratamentos ora negado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Geralmente, a recusa da assistência ou do insumo ao usuário do SUS decorre da não incorporação do fármaco no rol das políticas de assistência farmacêutica do SUS, pela indisponibilidade do medicamento ou tratamento e/ou por questões de cunho orçamentário.

A debilidade do sistema público de saúde e a latente omissão do Estado constituem as motivações propulsoras da crescente procura do Poder Judiciário para efetivação das políticas públicas de competência do poder Executivo e Legislativo. A linha é tênue entre a necessidade de intervenção do Judiciário para efetivar o direito à saúde e o excesso de justiça para promover essas políticas (SOUZA, 2019). Nesse sentido, Lamprea (2017) e Haerter (2016) associam a epidemia de litígios do direito a saúde ao arranjo institucional do sistema de saúde e do modelo constitucional adotado no Brasil.

Segundo Leão e Lanni (2020) a judicialização da saúde pode ser caracterizada como fenômeno político, uma vez que, interfere nas políticas públicas de saúde e ao mesmo tempo também, um fenômeno não político, pelo seu viés técnico do assistencialismo médico e de saúde. Nessa seara, a crítica tradicional incide sobre: a atuação (in)devida do Poder Judiciário sobre questões próprias da gestão de políticas públicas; o conflito de interesses entre as dimensões coletiva e individual, e por fim, sobre os requerentes das ações judiciais, quando esses, são as elites (econômicas e culturais). Para os autores, a classe elitizada da população

na figura de litigantes do direito, agravam iniquidades no acesso à saúde em detrimento dos socialmente mais vulneráveis, visto que, eles gozam de condições econômicas suficientes e satisfatórias para acessar os mecanismos privados e garantir seus interesses. Nesse sentido, a judicialização da saúde, figura-se como uma estratégia excludente.

A conjuntura da judicialização da saúde no Brasil pode ser assim sintetizada: a) é um fenômeno crescente, de difícil contenção, com elevado impacto econômico, que compromete os recursos escassos da saúde; b) os tribunais apresentam-se sobrecarregados, acarretando na morosidade dos processos. Via de regra, a maioria dos processos são julgados deferidos ou concedidos por liminar, sem nenhuma comprovação; c) todas as ações judiciais têm como oponente o poder público, nos três níveis Federal, Estadual e Municipal. Predominam litígios de cunho individual, para acesso a fármacos, procedimentos e/ou leitos em Unidade de Terapia Intensiva; d) este fenômeno, que deveria ser uma exceção, tem se tornado prática cotidiana na busca dos direitos sociais à saúde, decorrente de um sistema de saúde disfuncional, da ineficiência do Estado e das fragilidades das políticas públicas (HAWERROTH, et al., 2021; ZAGO, et al., 2016; SANTOS, 2021; SOUZA, 2019; HAERTER, 2016).

Nesse contexto, se persistir no atual comportamento da Justiça, de atendimento às necessidades individuais, sem a justa e equânime extensão do benefício aos demais indivíduos com a mesma carência, as decisões continuarão a ampliar a injustiça e a iniquidade (ZAGO, et al., 2016). No entanto, é equivocado propor medidas radicais para limitar o acesso ao judiciário, que resultaria numa afronta ao princípio do acesso à justiça (SOUZA, 2019). É nesse cenário que urge a necessidade do estabelecimento de diálogo, de cooperação e articulação interinstitucional junto à sociedade civil. Para tanto, a Gestão Social (GS) se revela como importante estratégia na consolidação de um espaço público privilegiado para a discussão, construção de políticas públicas e para tomadas de decisão mais justas, eficazes a população.

A GS pode ser definida, segundo Cançado, Sausen e Villela (2016) como a tomada de decisão coletiva, sem coerção, tendo como pressupostos a transparência, bem como a compreensibilidade, e, a dialogicidade como estratégia fomentadora. A GS ancora-se em quatro importantes categorias teóricas: esfera pública (ponto central), Interesse bem-compreendido, Emancipação e Dialética Negativa. Ademais, a GS situa a sociedade civil como protagonista nos processos decisórios. Igualmente, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei 8080 (BRASIL, 1990) que garantem a participação da comunidade na gestão e na construção de políticas públicas e a institui como um dos princípios e diretrizes do Sistema

Único de Saúde (SUS). Dito isso, a sociedade civil por meio da participação da comunidade representa papel imprescindível, se não, central, no enfrentamento dessa problemática.

As características e atributos implícitos e explícitos da GS com fortes valores de democracia, participação, justiça, equidade, bem-estar social, dialogicidade, horizontalidade, sustentabilidade, solidariedade, inter-setorialidade, entre outros, associado às categorias teóricas que a compõe, coadunam idealmente as necessidades da judicialização da saúde (CANÇADO, VILLELA, SAUSEN 2016; CANÇADO, PEREIRA, TENÓRIO, 2015; ARAÚJO, 2014; CANÇADO, 2011). Por isso acredita-se com veemência que a GS é capaz de promover avanços e impactos significativos no contexto da judicialização da saúde. Racionalmente, os avanços tendem a princípio, serem tímidos, porém, paulatinamente, em longo prazo incide na redução das ações judiciais.

Nesse contexto, emerge o pressuposto pelo qual a tese dedicar-se-á à estudar: a GS configura importante estratégia para o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde, ao promover por meio de um espaço público privilegiado, o diálogo e uma relação harmoniosa entre os atores sociais do contexto da judicialização da saúde. Essa articulação fomenta a construção de políticas públicas mais justas, abrangentes e eficazes, uma vez que, os cidadãos possuem voz ativa nesse processo, e por isso, expressam e debatem suas necessidades reais. Ademais, a tomada de decisão ocorre coletivamente, sem coerção e, em prol do bem comum. Portanto, quando se estabelecem políticas públicas ou estratégias com vistas a atender às necessidades coletivas ou, ao maior contingente populacional possível, imediatamente, sucede a redução dos fatores que acarretam a judicialização da saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Levantar e discutir possibilidades da GS frente à judicialização da saúde no estado do Tocantins.

### **2.2 Objetivos específicos**

Compreender e discutir o contexto da judicialização da saúde no estado do Tocantins, a partir da percepção dos atores sociais envolvidos no contexto (magistrados, gestores de saúde, acadêmicos do curso de direito);

Estabelecer e discutir a inserção da Gestão Social no fenômeno da judicialização da saúde;

Levantar e discutir potencialidades da GS no cenário da judicialização da saúde.

### **2.3 Contribuição do estudo**

É possível vislumbrar contribuições desse estudo nas dimensões sociais, organizacionais e políticas. O estudo contribui especialmente para compreensão do fenômeno da judicialização da saúde na perspectiva da escassez da participação da sociedade civil nesse cenário. Propõe um arranjo institucional, baseado em rede (ou teia), imbricado na GS com valorização no diálogo interinstitucional e a sociedade civil como protagonista desse contexto. Nessa perspectiva a sociedade civil, apoiada na GS torna-se fomentadora de políticas públicas mais justas e eficazes por meio da participação ativa na gestão e elaboração de políticas públicas, revelando demandas coletivas e necessidades comuns, que, por conseguinte, colabora para o delineamento de soluções e políticas que convergem para o bem comum.

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Gestão social

O mundo contemporâneo é fortemente marcado por grandes e complexas transformações. Essas mudanças impõem desafios, ao mesmo tempo em que propulsionam o desenvolvimento. A contemporaneidade é entendida como característica ou condição daquilo que é contemporâneo, moderno, atual, modernidade (GOMES, 2007). É portadora do adensamento urbano, das miscigenações culturais, das convergências, das simetrias e assimetrias sociais. Além, das novas configurações políticas e novas formas de interação entre sociedade e Estado (HAESBERT, 2006; FISCHER, 2011).

Bauman (2001) retrata as profundas e importantes transformações da sociedade decorrentes da era moderna. O autor emprega a metáfora “líquida” para ilustrar as características e mudanças de uma sociedade até então sólida, para sociedade líquida. Essa liquidez atribuída por Bauman está associada às capacidades e atributos que a sociedade moderna detém: fluidez, volatilidade, adaptabilidade, maleabilidade, mobilidade, flexibilidade, liberdade, imprevisibilidade, entre outros. Para o autor, na modernidade líquida, o indivíduo moldará a sociedade a partir das suas ações, escolhas e personalidade, e não mais o inverso.

Bauman (2001) aponta como principal característica da modernidade: a capacidade de “derreter os sólidos”, herdados da sociedade tradicional. Nesse contexto, inclui as estruturas políticas, sociais, econômicas, bem como relações sociais e institucionais. Portanto, modernidade é necessariamente o grau de liquidez, uma vez que, toda modernidade tem a característica intrínseca de derreter os sólidos, em liquefazer as estruturas e as formas de vidas recebidas e, remodelá-las. Convém supor que esse seja um processo natural, cíclico e desejável, pois, segundo o autor, os pioneiros da modernidade foram instigados pela insatisfação com a rigidez dos sólidos existentes, e por considerarem os mesmos insuficientes.

Essa nova configuração da sociedade moderna trouxe consigo duras implicações. Entre elas, a alocação e redistribuição de formas de poder na própria sociedade, denominado pelo autor de “poderes de derretimento da modernidade”. Acarretou ainda o enfraquecimento das instituições (públicas e privadas), fragilidade e superficialidade das relações sociais e institucionais, alteração dos padrões de consumo dando espaço para o surgimento da lógica capitalista de consumo e a colonização do espaço público pelo privado. Não obstante, o autor menciona também a cisão entre o poder e a política, uma vez que o Estado perde força e

espaço, enquanto a democracia entra em crise gerando a perda de confiança na política (BAUMAN, 2001).

Inicialmente, o termo modernidade líquida, cunhada por Bauman (*op cit.*), retratava o período subsequente à Segunda Guerra Mundial. No entanto, o termo é contemporâneo, e capaz de expressar com êxito os tempos atuais. Segundo o autor, toda modernidade é líquida, e, a humanidade vive em constante processo de modernização. Nesse contexto, é possível observar ao longo dos anos a necessidade e o surgimento de novos arranjos sociais e institucionais, novas formas de articulação entre Estado, sociedade e terceiro setor, além da criação de espaços públicos coletivos que privilegiam a interação e a aproximação dessas instâncias (BAUMAN, 2001). Diante desse contexto, a GS têm sido habitualmente evocada para celebrar as relações entre o Estado, mercado e sociedade civil, e por consequência, adquirindo contornos cada vez mais rígidos (MELO, 2019).

Descrita no Brasil inicialmente por Tenório, a GS caracteriza-se por promover e valorizar a sociedade civil como protagonista nas relações entre os três importantes segmentos sociais – Estado, Mercado e Sociedade civil (TENÓRIO, 2005; BOULLOSA; SCHOMMER 2008).

O campo da GS foi marcado por grandes discussões principalmente pela difícil consensualidade na definição do termo. Nos primórdios da discussão acerca do tema, Tenório (2006) lamentou a abordagem deturpada e reducionista em que a GS estava sendo interpretada.

As primeiras contribuições da GS no Brasil foram feitas por Tenório na década de 1990, impelido pelo esgotamento das teorias organizacionais tradicionais que ao longo do tempo foram sendo reeditadas e retransmitidas como conhecimento monológico anglo-saxônico nas universidades em especial nos cursos de Administração com base nos preceitos históricos de Taylor e Ford (TENÓRIO; ROZENBERG, 1997; TENÓRIO, 1998; TENÓRIO, 1999; CANÇADO, 2011).

Tenório relata que seu primeiro contato com o termo GS se deu através do texto de Giorgio Rovida (1985) que abordou experiências autogestionárias na guerra civil espanhola (TENÓRIO; CANÇADO; PEREIRA, 2011). No texto em questão, o termo GS foi aplicado para designar a democracia proletária de caráter local (ROVIDA, 1985 apud TENÓRIO; CANÇADO; PEREIRA, 2011). No entanto Tenório (2009) esclarece que a inquietação para o entendimento do tema teve início em 1992 após sua participação no seminário ocorrido na Bolívia.

No início, ainda em 1990, as primeiras concepções da GS foram ainda muito superficiais devido à escassez de estudos e discussões que tratavam do assunto. Era um conceito restrito a questões relacionadas ao que posteriormente convencionou-se chamar de terceiro setor (TENÓRIO, 2009).

No *Seminário Iberoamericano de Desarrollo de Profesores em Gerencia Social* (ocorrido em 1992 na Bolívia) o conceito de GS foi associado a questões relativas a Políticas Públicas e ao Terceiro setor. Em resposta aos debates, o evento privilegiou o surgimento de novas expectativas para o campo da GS (TENÓRIO; CANÇADO; PEREIRA, 2011; TENÓRIO, 2009).

Na busca da construção e solidificação do campo da GS surgiram centros de pesquisas e eventos que se dedicaram ao estudo da temática. No primeiro semestre de 1990, na Escola de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV) foi criado o Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS) reconhecido no Brasil como centro pioneiro no estudo da GS (TENÓRIO, 2006; SILVA JR, 2008). Para o PEGS a GS era “entendida como o processo gerencial dialógico onde a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação” (TENÓRIO, 2006, p. 1146).

Para Kliksberg (1994), a GS era compreendida como gestão de políticas públicas sociais. Isso, devido a grande pressão histórico-social exercida por parte das vultosas forças sociais que exigiram novas soluções governamentais, inovações às ciências e as tecnologias administrativas, além de habilidades gerenciais mais modernas capazes de atender as novas necessidades de uma sociedade democrática. O autor sintetiza essa situação pela expressão “democratizar a democracia” (KLIKSBERG, 1988, p. 60), ou seja, a busca por uma democracia não meramente eleitoral, mas, com mecanismos que favoreçam a participação ativa dos cidadãos. Não obstante, exige também a definição de características organizacionais (como controle social), a garantia plena dos direitos da população diante do Estado e por fim, a viabilização de canais intervenção a atividade estatal.

Tenório (1997) após participar do curso *Curso de Directivos em Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales* nos Estados Unidos promovido pelo Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (INDES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) ampliou sua percepção do campo da GS resultando na primeira publicação nacional referente ao assunto (TENÓRIO; SARAIVA, 2006). Ele (*ibid.*) destacou que a compreensão vigente de GS apresentava-se incongruente ao que era entendido por ele, e pelos seus companheiros de estudo. De um lado, o entendimento vigente da GS estaria associado exclusivamente à condução de políticas sociais compensatórias. Enquanto, do outro lado,

Tenório e apreciadores da GS defendiam a mesma como uma gestão ampliada na qual o processo decisório seria vinculado ao diálogo consciente, procedimental, representados por diferentes atores sociais (TENÓRIO, 2009).

Em seguida, Tenório (1998) percebe a importância de estabelecer a diferença entre os conceitos de GS e gestão estratégica, definindo o primeiro como um processo de tomada de decisão dialógico e o segundo como um processo monológico. No mesmo texto o autor sugere como espaço organizacional ou *locus* (como denominado por ele) para a prática da GS o terceiro setor (TENÓRIO, 2009). À época, instala-se o processo de expansão dos estudos da GS nas importantes Escolas de Administração no país como se vê no quadro 1 a seguir:

**Quadro 1.** Núcleos de estudos sobre Gestão Social no Brasil

Núcleo de estudo	Instituição	Ano de implantação
Programa de Estudos em Gestão Social	Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV)	1990
Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor (CEATS)	Universidade de São Paulo (USP)	1998
Núcleo de Estudos de Administração do Terceiro Setor (NEATS)	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)	1998
Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos Sobre o Terceiro Setor (NIPETS)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1998
Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social (CIAGS)	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	2001
Núcleo de Pesquisa em Ética e Gestão Social	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)	2002
Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social (LIEGS)	Universidade Federal do Ceará – Campus Cariri UFCA	2006
Núcleo de Economia Solidária (NESol)	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	2006
Núcleo de Estudos em Administração Pública e Gestão Social (NEAPEGS)	Universidade Federal de Lavras	2008
Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Tecnologias em Gestão Social (NIGS)	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)	2009

Fonte: elaborado com base em Silva Jr. (2008) e Cançado, Tenório e Pereira (2011).

Com o maior número de pessoas qualificadas na área iniciou-se o movimento de interiorização da temática, um processo de expansão dos centros de tratamento de GS que contribuiu para ampliação do debate acerca do assunto e potencializou o entendimento esclarecido do termo e do próprio campo (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011). São exemplos os núcleos implementados após o CIAGS-UFBA conforme se vê no quadro 1.

Como reflexo positivo da larga expansão do campo da GS e a polarização de pesquisadores da área no país, estes se organizaram e criaram a Rede de Pesquisadores em Gestão Social (RPGS). O esforço dos pesquisadores da RPGS resultou na criação do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social (ENAPEGS) que ocorre periodicamente desde o ano de 2007, e é reconhecido como um dos principais espaços para discussão da temática (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2011; CANÇADO, et al., 2012).

O quadro 2 apresenta uma linha do tempo retratando a trajetória do Encontro Nacional de Pesquisadores em GS contemplando o ano, tema, local e instituições organizadoras, a fim de exaltar cronologicamente a consolidação do evento como reflexo da expansão e polarização da GS como campo de conhecimento.

**Quadro 2.** Trajetória do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social

Edição	Ano	Tema	Local	Organização
I	2007	“Práticas em debate, teorias em construção”.	Juazeiro do Norte (CE)	Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social (LIEGS) / Universidade Federal do Ceará – Cariri.
II	2008	“Os desafios da formação em gestão social”.	Palmas (TO)	Núcleo de Economia Solidária (NESol) / Universidade Federal do Tocantins.
III	2009	“Gestão social e políticas públicas de desenvolvimento: ações, articulações e agenda”.	Juazeiro (BA) Petrolina (PE)	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Tecnologias em Gestão Social (NIGS) / Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
IV	2010	“Gestão social e gestão pública: interfaces e delimitações”.	Lavras (MG)	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (INCUBACOOOP-UFLA) e NEAPEGS
V	2011	“Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública”.	Florianópolis (SC)	Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) / Escola Superior de Administração e Gerência (ESAG)
VI	2012	“Gestão social: mobilizações e conexões”.	São Paulo (SP)	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP) / Universidade São Paulo (USP-Leste) / Centro Universitário da FEI.
VII	2013	“Territórios em movimento: caminhos e descaminhos da gestão social e ambiental”.	Belém (PA)	Universidade da Amazônia (UNAMA) / Universidade Federal do Pará (UFPA).

Continua

Edição	Ano	Tema	Local	Organização
VIII	2014	“Gestão social e interdisciplinaridade: construindo novas pontes e expandindo fronteiras”.	Cachoeira (BA)	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia / Universidade Federal da Bahia (EAUFBA).
IX	2016	“Gestão Social, participação e desenvolvimento: olhares desde a América Latina”.	Porto Alegre (RS)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
X	2018	"Diálogo como Resistência: Gestão Social, Crises e Futuro das Democracias".	Juazeiro do Norte (CE)	Universidade Federal do Cariri (UFCA)
XI	2021	“Gestão social e solidariedade democrática: polarizações, alternativas e novos saberes”.	Maceió (AL)	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Continuação

Fonte: elaborado a partir de Cançado, Tenório, Pereira (2011), Silva JR (2014, p. 61e 62) e ENAPEGS (2020).

Paralelamente instalou-se de forma rápida e crescente a oferta de cursos de especialização, pós-graduação *lato sensu* e mestrados em GS em todo o país (BOULLOSA; SCHOMMER, 2008). Esse importante movimento de expansão da GS e a institucionalização desses espaços de discussão relacionada às práticas e ao debate conceitual da GS têm progressivamente rompido fronteiras e estabelecido laços com pesquisadores também de outros países como Chile, França, Espanha, Equador, Argentina e Colômbia (ENAPEGS, 2020).

Além dos avanços acadêmicos Boullosa e Schommer (2008) apontam outros importantes elementos que impulsionaram a legitimação e consolidação progressiva da GS: o processo de democratização do país, a mobilização e articulação de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, a proclamação do denominado terceiro setor ou das organizações da sociedade civil como esfera organizacional distinta do Estado e do mercado e, a ampliação das experiências da Agenda 21 no Brasil.

Abreu, Oliveira e Kraemer (2019) concordam ao afirmarem que o cenário da redemocratização no país provocou grandes mudanças na relação entre Estado e sociedade sendo capaz de reconduzir as formas tradicionais de vocalização da sociedade nas relações com os poderes instituídos. Para Abreu, Oliveira e Kraemer (2019) o binômio - participação e descentralização contribuíram para redução das crises de governança e governabilidade instalada nos anos 80 (MACIEL; BORDIN, 2015).

Como observado, é inquestionável a magnitude, a expansão e os avanços teóricos da GS. No entanto, a preocupação com a delimitação conceitual e a banalização do termo GS foi ou provavelmente ainda seja, uma preocupação pujante para os pesquisadores da área

(CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA 2011; ARAÚJO, 2012). Em 2005 Tenório ao participar de dois eventos promovidos pelo Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (INDES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) evidenciou tal inquietude:

O tema GS tem sido objeto de estudo e prática muito mais associado à gestão de políticas sociais, de organizações do terceiro setor, de combate à pobreza e até ambiental, do que à discussão e possibilidade de uma gestão democrática, participativa, quer na formulação de políticas públicas, quer naquelas relações de caráter produtivo [...] (TENÓRIO, 2005, p. 152).

Tenório, Cançado e Pereira (2011) destacaram o uso do termo aplicado em diversas formas de interpretações nos textos de Rizzotti e Nishimura (2006), Carmo, Silva e Fonseca (2009), Sasaki e Souza (2006), Dallabrida (2006), Costa (2009), Wanderley et al., (2006).

Nesse contexto, França Filho (2003) e Oliveira, Cançado e Pereira (2010) sugerem que a delimitação do campo se faz importante para evitar a vulgarização do termo e os danos irreversíveis que isto poderia gerar. Cançado, Tenório, Pereira (2011) e Cançado (2011) também ressaltam a importância da delimitação do campo da GS e alertam para que tal processo ocorra de forma dialógica para não “engessar” o próprio avanço do campo, nem coibir práticas diferenciadas e inovadoras que surgirão ao longo do tempo.

Ainda sobre a delimitação do campo da GS, Fischer (2011) aponta para dois cenários, por um lado a intensa aplicação do termo contribui para a banalização do mesmo, enquanto, por outro, estimula o seu desenvolvimento como campo de conhecimento científico. A autora suscita inclusive a necessidade da criação de um mapa conceitual que defina Gestão Social. Indiferente, França Filho (2008) menciona a importância da necessidade de instituir referenciais teórico-metodológicos mais consistentes, sob risco de trivializar o termo GS.

Nesse cenário, em meio às ameaças de banalização do termo, Bouldosa e Schommer (2008) conclamam atenção para a institucionalização da GS. As autoras julgaram que o processo transcorreu de modo acelerado, “precoce” o que poderia gerar perdas significativas do potencial de inovação e da capacidade de constituir-se efetivamente como alternativa a modos de gestão opressora (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011).

As autoras temiam a possibilidade de a GS transfazer-se num conjunto de metodologias pré-fabricadas, com arcabouço teórico monolítico adquirindo assim, um caráter prescritivo. Como consequência a GS deixaria de ser um processo de inovação e tornaria um produto inovador (BOULLOSA; SCHOMMER, 2008).

Cançado, Tenório e Pereira (2011), Cançado (2011) e Cançado, Villela, Sausen (2016) rebatem a preocupação suscitada pelas autoras e esclarecem que o problema não reside na

institucionalização do campo, mas em como ela acontece. Não obstante, Cançado, Tenório e Pereira (2011) e Cançado (2011) destacam a importância da institucionalização do campo, sem caráter prescritivo, como forma de coibir a banalização do mesmo.

Cançado (2014), quanto à delimitação do campo da GS proposto em 2011, esclarece que sua contribuição não tem caráter prescritivo e, nem o intuito de conter ou estabelecer contornos rígidos e inflexíveis para o campo. Trata-se de uma proposta inicial que permita nortear, subsidiar e estimular futuras discussões para aprimoramento do campo. Portanto, é possível afirmar que a GS é um campo em constante construção, adensado por difusas abordagens teóricas e profundos debates.

A construção do conceito de GS teve início com as primeiras contribuições de Tenório em 2008, quando sugeriu a inversão dos pares de palavras Estado-sociedade e capital-trabalho para então, sociedade-Estado e trabalho-capital evidenciando a importância da sociedade e do trabalho como protagonistas dessas relações. O mesmo ocorreu posteriormente com o par de palavras sociedade-mercado (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011). Apreciando a inversão das palavras realizada por Tenório (*Ibid.*) e o sentido imbuído nessa proposta, evidencia a força do discurso e o poder da palavra, descrito por Foucault (1996), uma vez que, o discurso possibilita que ideologias se materializem, refletindo o porquê e pelo que se luta, defende, acredita e deseja. Foucault (*Ibid.*) descreve a importância e o poder do discurso. Explica que para estabelecer o processo comunicacional, o discurso e o contexto devem apresentar harmonia e consonância.

Para intermediar a relação entre os pares de palavras, Tenório sugeriu o conceito de cidadania deliberativa. Na Cidadania Deliberativa, a legitimidade das decisões políticas deve resultar de processos de discussão pautados nos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum (TENÓRIO, 2008). Para Cançado, Tenório e Pereira (2011) a cidadania deliberativa é entendida como o processo participativo de deliberação essencialmente baseado no entendimento (não no convencimento ou troca).

Nesse contexto, Tenório propôs a Esfera Pública como um espaço social capaz de promover o efetivo exercício da cidadania deliberativa e a mediação entre o Estado, a sociedade e o mercado (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011; ABREU; OLIVEIRA; KRAEMER, 2019). Tenório (2008, p. 171) define que “[...] o procedimento da prática da cidadania deliberativa na Esfera Pública é a participação”.

Tenório (2008, p. 162) ainda sobre a esfera pública, defende que a mesma “sob uma perspectiva descentralizadora, de concepção dialógica, deve identificar, compreender,

problematizar e propor as soluções dos problemas da sociedade a ponto de serem assumidas como políticas públicas e executadas pelo governo”.

Sob o mesmo ponto de vista, Freitas, Freitas e Ferreira (2016) explicam que a constituição de uma esfera pública consciente de suas responsabilidades, é capaz de refrear e influenciar as ações do Estado e do mercado, instituindo assim um “espaço para uma nova forma de relação entre racionalidade e participação” (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 706). Nesse cenário a sociedade civil consegue articular com o Estado e legitimar suas demandas.

Outras perspectivas conceituais ou noções acerca do campo da GS surgiram e endossaram a discussão iniciada por Tenório. Essas são repetidamente contextualizadas nas publicações que tratam da temática. Na intenção de destacá-las como importantes contribuições para construção do campo da GS, sem promover extensa discussão, reporto-me a síntese dos conceitos e perspectivas da GS com base em Menon (2016, p. 45 - 46) no quadro 3 a seguir.

**Quadro 3.** Síntese de conceitos e perspectivas de Gestão Social

Conceito	Referência
“[...] um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos sociais”.	Tenório (1998, p. 16)
“[...] Um processo de mediação transformador que: articula múltiplas escalas de poder individual e societal; trabalha a identidade de processos, refletindo e criando pautas culturais; coordena interorganizações eficazes; promove ação e aprendizagem coletivas; comunica-se e difunde resultados; presta contas à sociedade; reavalia e recria estratégias, tendo por processo, alvo e motor, o desenvolvimento, considerando dimensões tangíveis e intangíveis, objetivas e subjetivas, que conformam organizações complexas e instituições”.	Fischer (2002)
“[...] modo de gestão próprio às organizações atuando num circuito que não é originariamente aquele (tradicional) do mercado e do Estado [...]”.	França Filho (2003, p. 4)
“[...] um conjunto de processos sociais com potencial viabilizador do desenvolvimento societário emancipatório e transformador. É fundada nos valores, práticas e formação da democracia e da cidadania, em vista do enfrentamento às expressões da questão social, da garantia dos direitos humanos universais e da afirmação dos interesses e espaços públicos como padrões de uma nova civilidade”.	Maia (2005, p. 15-16)
“[...] O processo gerencial dialógico no qual a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social – público, privado ou de organizações não-governamentais). O adjetivo social qualificando o substantivo gestão será entendido como o espaço privilegiado de relações sociais em que todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coação”.	Tenório (2005, p. 102)
“[...] ato relacional capaz de dirigir e regular processos por meio da mobilização ampla de atores na tomada de decisão, que resulte em parcerias intra e interorganizacionais, valorizando as estruturas descentralizadas e participativas, tendo como norte o equilíbrio entre a racionalidade instrumental e a racionalidade substantiva, para alcançar enfim um bem coletivamente planejado, viável e sustentável a médio e longo prazo”.	Gondim, Fischer e Melo (2006, p. 4)

Continua

Conceito	Referência
“A gestão adjetivada como social orienta-se para a mudança e pela mudança, seja de microunidades organizacionais, seja de organizações com alto grau de hibridização, como são as interorganizações atuantes em espaços territoriais micro ou macroescalares. Múltiplas formas de poder são exercidas em diferentes escalas, na construção paradoxal e controversa de utopias traduzidas em programas, projetos e ações de desenvolvimento que ocorrem em espaços territoriais e virtuais”.	Fischer et al. (2006, p. 796)
O processo de construção da GS como alternativa de governança fundamenta-se no propósito de promover avanços nas práticas de gestão para a democratização nas relações sociais, por meio de práticas participativas e de engajamento nas decisões e práticas, em modelos decisórios de baixo para cima ( <i>bottom-up</i> ), privilegiando a dimensão dialógica e relacional da gestão (TENÓRIO, 2002; 2004). Ao contrapor-se a modos de gestão fundamentados em hierarquia, controle e racionalização, a GS manifestaria um de seus potenciais de inovação.	Boullosa e Schommer (2008)
A GS configura-se como espaço de atuação da sociedade civil, sendo portanto, uma esfera pública não estatal. A GS é o modo de gestão praticado por organizações que não são nem do mercado e nem do Estado, porém, muitas vezes, mantém relações de parceira com essas esferas para a implantação e execução de determinados projetos. Essas organizações não possuem objetivos econômicos, sendo que este configura-se apenas como um meio para o atingimento da meta principal, que pode estar ligada a cultura, política ou ecologia, de acordo com a natureza de cada organização.	França Filho (2008)
Processo gerencial dialógico em que a concepção, a elaboração, a implementação e avaliação de políticas é compartilhada entre os participantes da ação no âmbito da esfera pública, onde todos têm o direito à fala sem nenhum tipo de coação e tomam as decisões de forma democrática e deliberativa.	Pereira e Rigatto (2011)
“[...] a gestão social seja tratada como instância que reproduz valores sociais e produz os bens públicos que permitem o florescimento do espaço articulado pelo TS [terceiro setor]”.	Cabral (2011, p. 52)
“[...] um processo dialético de organização social próprio da esfera pública, fundado no interesse bem compreendido, e que tem por finalidade a emancipação do homem”.	Cançado (2011, p. 276)
“A tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação enquanto fim último”.	Cançado (2011, p. 134); Cançado, Tenório e Pereira (2011, p. 697)
Tem como objeto de estudo a gestão de problemáticas sociais e ambientais que necessitam de uma visão intersetorial e interorganizacional, considerando seu espaço de articulação em um contexto de constante fortalecimento democrático, onde múltiplos atores compartilham interesses, visões e ações dentro de um território.	Mendonça, Gonçalves- Dias e Junqueira (2012)
“[...] ação gerencial dialógica própria da sociedade, do interesse público não estatal e voltado para o bem comum”.	Cançado, Pereira e Tenório (2013, p. 17)
“Um campo de saberes e práticas referentes aos modos de gerir interorganizações, territórios e relações sociais, sendo orientado por uma ideologia social e do interesse público, orquestrando diferentes escalas e tipos de poder. Prevalecem a lógica humanitária, do interesse público e do social em detrimento dos interesses privados, individuais e monetários. Os saberes produzidos no campo da GS nascem de processos indutivos de práticas gestonárias participativas, horizontais, dialógicas e democráticas que podem ser desenvolvidas em diferentes tipos de organização. A fronteira para suas aplicações é definida pelo caráter de expansão da esfera pública e da coprodução do bem público”.	Araújo (2014, p. 88)
“A gestão social, [...], remete a um processo em que os próprios indivíduos se tornam sujeitos sociais, expressando, nos atos de linguagem, suas demandas e anseios, e aproximando o Estado do verdadeiro sentido do “social” que caminha junto com a gestão pública”.	Freitas, Freitas e Ferreira (2016, p. 290)

Continuação

Fonte: Adaptado e ampliado de Menon (2016, p. 45-46)

Conforme se vê no quadro anterior, embora as definições sobre GS apresentem proximidade, complementaridade e elementos comuns, fica patente o pluralismo e a inexistência de um entendimento univalente sobre ela (JUSTEN; MORETTO NETO; GARRIDO, 2014). Frente a esse cenário, por meio de um levantamento realizado por Cançado, Villela e Sausen (2016) nas publicações Brasileiras acerca do tema, constataram que as principais contribuições teóricas para construção do campo da GS são os estudos publicados por Tenório (1998; 2008a; 2008b; 2010; 2012), França Filho (2003; 2008), Fischer (2002), Fischer e Melo (2003; 2006), Boullosa (2009) e Boullosa e Schommer (2008; 2009) e Carrion (2007). Mais recentemente, os trabalhos de Oliveira, Cançado e Pereira (2010), Cançado, Tenório e Pereira (2011) e Cançado, Pereira e Tenório (2015). Além da crítica feita por Pinho (2010).

Coelho (2015) dividiu a trajetória histórica da GS em três gerações. A primeira geração contempla os anos de 1998 a 2005, é representada pelos primeiros manuscritos/livros publicados sobre o tema. Os textos pretendiam definir o conceito (e o campo de saber) da GS, ainda que fragmentada, a partir de objetos de estudos e referenciais distintos, mas que, sobrepostos constituiriam tópicos da GS. Posteriormente, esses tópicos foram abordados e discutidos no Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social (ENAPEGS) ocorrido no ano de 2007. Destacaram-se nessa primeira geração da GS os autores, Fernando Tenório, Tânia Fischer, Ladislau Dowbor, Luciano Junqueira, Genauto França, Rosa Fisher, Rosinha Carrion, Ana Paula Paes de Paula, José Antônio Pinho, Pedro Jacobi, Marta Farah e Peter Spink (MENON; COELHO, 2019; COELHO, 2015).

Ainda na primeira geração da GS, os temas levantados pelos autores tratavam da GS e Esfera Pública, Desenvolvimento Social e Território, Poder Local, Intersetorialidade e Terceiro Setor, Economia Solidária e Associativismo, Empreendedorismo/Responsabilidade Social, Movimentos Sociais, Administração Pública Societal, sobre Inovações Sociopolíticas nas relações entre Estado e Sociedade em nível subnacional (MENON; COELHO, 2019).

A segunda geração de obras da GS compreende os anos de 2006 a 2014. Caracteriza-se pela institucionalização gradativa da GS como área de ensino e pesquisa iniciada em meados dos anos 2000. A luta pela legitimação do campo, a GS se dispõe como comunidade acadêmica e consolida seu evento ENAPEGS, promovendo encontros anualmente, de forma ininterrupta entre 2007 e 2014, moldando e alinhando a Rede de Pesquisadores em Gestão Social (RGS). À época, a GS expande-se também como subárea de congressos (EnANPAD e Colóquio sobre Poder Local), e institui-se em disciplinas de cursos de graduação e especialização, em linhas de pesquisa e programas de pós-graduação, fortalecendo a Rede de

Pesquisadores em Gestão Social (RGS). Ainda nesse período, impelido pelo diálogo da GS com campos de saber conexos, houve a flexibilização do seu conceito bem como a ampliação de suas imbricações (MENON; COELHO, 2019).

Por último, a terceira geração compreendida a partir do ano de 2015, buscou a consolidação e maturação teórico-conceitual da GS como campo do saber. Iniciou-se nesse período, a busca implacável da uniformização do marco teórico da GS, bem como a solidificação de uma epistemologia ou paradigma. Nesse período destacam-se as teses de doutorado de Cançado (2011) e Araújo (2012) que endossaram e subsidiaram o debate acerca da GS (*Ibid.*).

Em meio a tantas discussões, Cançado, Tenório e Pereira (2011) propõem uma síntese que se aproxima às características da GS:

Em síntese, a Gestão Social pode ser apresentada como a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e no entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação enquanto fim último (CANÇADO; TENÓRIO E PEREIRA, 2011, p. 697).

As discussões e contribuições acerca do campo da GS são contínuas e não estagnadas. Araújo (2012) inclusive se referiu a GS como um campo multiparadigmático. É possível perceber por parte dos autores a importante despretensão do esgotamento das discussões e do debate que envolva a temática. Araújo (2014) incita a pluralidade do conceito de GS e aponta a plasticidade, fluidez e hibridismo como elementos constitutivo da mesma.

Avançando na discussão Cançado (2013) propôs uma abordagem teórica para GS alicerçada em categorias e subcategorias teóricas que delineiam a GS (Figura 1).

**Figura 1** - Proposta de uma aproximação teórica para a gestão social, baseado em categorias teóricas da Gestão Social e suas interações.



Fonte: Adaptado de Cançado, Pereira e Tenório (2015, p. 161) e Cançado, Villela, Sausen (2016, p. 76)

Nesta aproximação teórica, segundo Cançado, Villela e Sausen (2016), a GS está centrada na esfera pública, ocorrendo por meio da interação de duas outras categorias teóricas, o interesse bem-compreendido e a emancipação. No entanto, os autores alertam para a impossibilidade de alcançar de forma concreta as categorias teóricas que constituem essa abordagem. Explicam que elas são norteadoras no processo, uma situação abstrata a ser alcançada que constantemente é reconstruída por uma relação dialética negativa. “A Dialética Negativa Adorniana é composta por tese e antítese sem síntese, pois a síntese não é possível devido à incompletude inerente do todo” (IWAMOTO; CANÇADO, 2020, p. 2).

O interesse bem compreendido (IBC) descrito por Tocqueville (1987) ancora-se na premissa que o bem-estar coletivo é pré-condição para o bem-estar individual. Logo, ao defender os interesses coletivos, em última instância, estaria defendendo seus próprios interesses. No entanto, avançando na discussão, Cançado, Silva JR, Cançado (2017), descrevem o IBC como o equilíbrio entre o bem-estar coletivo e bem-estar individual, em prol do bem comum. Rodrigues, Cançado e Pereira (2020) reforçam que os interesses coletivos e individuais na categoria teórica do IBC, não são essencialmente antagônicos, ao passo que, seja necessário privilegiar um em detrimento do outro, mas, que estabeleça o equilíbrio entre os dois interesses, sendo estes, importantes na mesma medida. Portanto, o IBC cumpre-se quando se estabelece o equilíbrio entre ambos os interesses.

O IBC estimula o reconhecimento da interdependência entre os sujeitos e permite que se conheça mais profundamente os interesses de determinados grupos e/ou indivíduos, o que, é fundamental para que se aproxime do equilíbrio. Dito isso, o IBC, nesse estudo, ancora-se no sentido de viabilizar o equilíbrio entre os interesses individuais e coletivos, que é pujante no cenário da judicialização da saúde. Cumpre ressaltar, que o IBC assim como as demais categorias teóricas que compõem a GS, são tipos ideais weberianos, ou seja, nunca serão alcançados em plenitude, no entanto, conduzem e norteiam os processos (RODRIGUES; CANÇADO; PEREIRA, 2020).

A esfera pública é entendida como o espaço/arena onde os indivíduos privados se encontram para tratar de assuntos referentes à sociedade (públicos). A esfera pública no contexto da GS deve ser capaz de estabelecer a aproximação das pessoas à política, pois, “[...] para que a GS aconteça efetivamente é necessário um espaço onde, novamente (mas com diferentes intenções), as pessoas privadas se encontrem em um espaço público a fim de deliberarem sobre suas necessidades e futuro” (CANÇADO, 2011, p.172). A esfera pública, nessa aproximação teórica (Figura 1) promove a mediação da relação dialética negativa entre o IBC e a Emancipação (RODRIGUES; CANÇADO; PINHEIRO, 2020), portanto as

categorias teóricas da GS se inter-relacionam na perspectiva da dialética negativa dentro da esfera pública.

Para tanto, esta esfera pública deve impreterivelmente se (re) configurar conforme às características da GS descritas por Tenório, Cançado e Pereira (2011): tomada de decisão coletiva, livre de coerção, baseada na inteligibilidade e transparência, buscando o entendimento e não a barganha.

Cançado, Pereira e Tenório (2011) destacam a GS como processo de construção da emancipação do ser humano, entendida aqui como livrar-se da tutela de alguém em busca da autonomia. Esta construção da emancipação se dá paralelamente ao aprofundamento do interesse bem-compreendido via dialética negativa adorniana. Um ciclo virtuoso é estabelecido de modo que, quanto maior a emancipação, mais fácil se torna perceber o interesse bem-compreendido.

Para além da aproximação proposta por Cançado, Pereira e Tenório (2015, p. 161) e Cançado, Villela, Sausen (2016, p. 76) (Figura 1), frente à diversidade de pesquisas e da hibridez nos campos de pesquisa prática da GS, Araújo (2014, p. 87) destacou como elementos marcantes suscitados comumente nas publicações que se referem ao conceito de GS a “forte presença de valores de democracia, participação, justiça, equidade e bem-estar social; a dialogicidade, horizontalidade e solidariedades nas relações; a atuação intersetorial e interorganizacional”.

Inquestionavelmente, a democracia é fundamental no campo da GS. Bouldosa explica que a democracia é imprescindível para a compreensão da GS. No programa Diálogos transmitido pela Universidade de Brasília, Bouldosa afirma metaforicamente que a GS é um importante termômetro da democracia, de modo que, quanto menor o nível de democracia de um Estado, menor também é a prática/execução da GS (UnBTV, 2019).

A tríade GS, Estado e democracia possibilita requalificar as formas de pensar em gestão da coisa pública ou em gestão pública. Historicamente, no país, as relações sociais e as formas e/ou modelos de gestão eram fortemente caracterizadas por ideias e posturas autoritárias, clientelistas, instrumentalistas e patrimonialistas, o que culminou na construção de uma cultura política brasileira arraigada em características antidemocráticas (ANHUCCI; SUGUIHIRO, 2020). Nesse cenário a GS tem o potencial de desmistificar ideias de gestão já concebidas ou pré-concebidas, e requalificar a perspectiva de gestão até então Estadocêntrica para uma perspectiva predominantemente Sociocêntrica (UnBTV, 2019).

Também neste sentido, Freitas, Freitas e Ferreira (2016) discutem em que medida a GS se configura como projeto político<sup>1</sup> e prática discursiva rumo a uma sociedade mais democrática. Os autores defendem que o caráter emancipador e o uso da razão comunicativa imbricados da GS, emergidos da esfera pública, são capazes de transformar a realidade social e política. Esse potencial transformador, ao influenciar as decisões do Estado, contribui para descolonização da sociedade pelos ideais normativos e instrumentais impostos pelo Estado e pelo mercado. Desse modo, os autores apontam para a necessidade de compreendermos a GS pela vertente ideológica, assumindo-a também como um projeto político, que evidencia o objetivo de transformar a realidade política.

Freitas, Freitas e Ferreira (2016) revelam que, por trás da defesa da GS como projeto político, reside a intenção de politizar a GS e colocá-la como prática dialógica capaz de produzir uma crítica à reificação da sociedade, libertando-as das armadilhas e da ação colonizadora da razão instrumental. Portanto é a construção de um projeto político que, junto a uma ação comunicativa, influenciará deliberadamente o poder administrativo.

Uma das mais importantes características de um estado democrático é a participação. Para Cançado, Tenório e Pereira (2011) a participação é uma característica central que permeia todas as discussões inerentes ao campo da GS. Em consonância, Iwamoto e Cançado (2020) evidenciam que a participação na Esfera Pública é o que define a natureza política do governo democrático. A forte propagação do discurso de redemocratização do país, associada à mobilização popular e à reivindicação de importantes setores da sociedade civil, deu luz ao princípio da participação da sociedade na gestão de políticas do Estado. A participação social foi consagrada pela Constituição Federal de 1988, artigo primeiro quando diz que: “todo poder emana do povo que o exerce por meio de seus representantes ou diretamente”.

Convictos de que uma gestão democrática associada ao controle social poderia contribuir positivamente para relação mais justa e harmoniosa entre Estado e sociedade civil, foram criados espaços institucionais, formas de organização e atuação da participação social. Algumas formas organizacionais utilizadas neste sentido foram os conselhos, conferências, ouvidorias, audiências públicas entre outras. Essa forma de atuação da sociedade civil organizada nas decisões do Estado é imprescindível. Participam deliberadamente da elaboração, fiscalização, implementação, controle e acompanhamento de programas e políticas públicas. Essa prática reforça e valoriza o exercício do diálogo entre Estado e

---

<sup>1</sup> Segundo Freitas, Freitas e Ferreira (2016, p. 282), projeto político nesse contexto é empregado para designar um conjunto de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade que orientam a ação política dos diferentes sujeitos”.

sociedade civil, além de promover o estreitamento da relação, tornando-a mais frequente, orgânica e sólida (GADOTTI, 2014).

Freitas, Freitas e Ferreira (2016) explicam que as fissuras e o enfraquecimento do gerencialismo da administração pública, associado ao movimento democrático de oposição a um Estado classista, fez com que a GS ganhasse contornos mais nítidos, despertando assim para novas formas de interação entre o Estado e Sociedade Civil. Esse movimento resultou na defesa de uma esfera pública não burguesa e não estatal que possibilitasse a instituição de espaços públicos de negociação e deliberação por meio da participação dos cidadãos nas decisões públicas.

Para Freitas, Freitas e Ferreira (2016) as premissas – “social” e “participação” arraigadas na GS são elementos fundamentais para a integração e difusão da mesma como condutora nas formas de interação entre o Estado e sociedade civil, nas múltiplas práticas participativas, nas políticas públicas cunhadas pelo Estado e na legitimação das demandas da sociedade.

Tenório (1998) desde o princípio manifestou o seu descontentamento com as teorias administrativas até então vigentes no país, por não estimularem a participação da sociedade civil na gestão estatal e nem na gestão empresarial. Esse modelo de gestão (centrada no Estado) segundo Tenório, gera como consequência o distanciamento dos sujeitos rumo à cidadania e a emancipação. Com base nessa perspectiva e convicto de que a tecnoburocracia presente na gestão estratégica é antidemocrática, Tenório defende que a GS contrapõe-se à gestão estratégica. Portanto, a GS pressupõe o exercício da cidadania (TENÓRIO, 1998).

Dito isso, a perspectiva abordada nesse estudo apoia-se na aproximação teórica já mencionada (figura 1) proposta por Cançado, Tenório e Pereira (2015), por ser uma abordagem alicerçada em categorias teóricas que a sustentam como área de conhecimento, não encontrada em outras delimitações. Ademais, essas categorias teóricas que fundamentam a GS como campo científico, associada às características intrínsecas e extrínsecas da mesma, corroboram idealmente no atendimento as necessidades da judicialização da saúde.

Outra forte motivação da escolha reside na inquietação conflitante suscitada entre a categoria teórica do interesse bem compreendido e a problemática do estudo: a judicialização da saúde. Se considerarmos que as demandas judiciais relacionadas à saúde majoritariamente culminam para o atendimento das necessidades individuais, favorecendo de forma restrita o proponente da ação, esse desfecho tende a se comportar inversamente contrário a premissa do IBC. Uma vez que, o IBC cumpre proporcionar o equilíbrio entre os interesses, coletivos e individuais. Isso porque, a busca do equilíbrio, se torna possível a partir do conhecimento

mais aprofundado dos interesses dos indivíduos e dos interesses de determinados grupos (RODRIGUES; CANÇADO; PINHEIRO, 2020).

Nesse cenário surgem algumas inquietações e questionamentos: a) ao atender uma determinação judicial favorável ao proponente estamos contribuindo indiretamente para o coletivo, ou privilegiando de forma restrita o bem-estar individual? b) Quando se trata da judicialização da saúde, até que ponto o indivíduo posiciona-se favorável às causas coletivas como é sugerido pela premissa da categoria teórica do IBC? c) Os números crescentes de judicialização em saúde podem estar relacionados ao exercício insuficiente da GS na construção de políticas públicas de saúde que atendam a coletividade, como por exemplo, a participação da sociedade civil na deliberação sobre a inclusão de novos tratamentos e/ou fármacos na rede pública de saúde?

Esses e outros impasses transcendem a dimensão social, implicam nos custos orçamentários da saúde, na sobrecarga do sistema judiciário e da saúde, nos critérios adotados pelos juízes para as tomadas de decisão, no cumprimento ou não da Constituição Federal de 1988 bem como nas demais leis que subsidiam o assunto, na saúde e no bem-estar coletivo e individual, entre outros.

As dimensões abordadas nessa seção serão discutidas no decorrer do estudo. Na seção seguinte, será abordada a Categoria Teórica Interesse Bem Compreendido.

### 3.1.1 Interesse bem compreendido: uma categoria da Gestão Social

A categoria do Interesse Bem Compreendido (IBC) que constitui a aproximação teórica da GS apresentada por Cançado, Tenório e Pereira (2011) apoia-se na interpretação de Alexis de Tocqueville (1805-1856), por essa razão, faz-se necessário visitar as ponderações do autor que dão consistência a essa categoria no campo da GS. Suas impressões advêm dos aspectos políticos da sociedade norte-americana no século XIX. Tocqueville de origem e cultura aristocrática observou na América, diferente de suas origens (França), a forte presença da soberania popular e uma democracia irrefreável. A partir de suas observações vislumbrou a oportunidade de decifrar o enigma de como conciliar a igualdade e a liberdade (GAHYVA, 2006).

Para Tocqueville, “a democracia não precisa apenas ser igualitária, ela deve permitir aos homens serem livres” (ROHLING, 2015, p. 92). Na perspectiva tocquevilleana, a associação entre política, participação e a doutrina do IBC, contribuem para formar o cidadão no bom exercício de sua igualdade por meio de sua liberdade. Esse associacionismo auxilia o

Estado no exercício de suas funções, e evita a desvirtualização do mesmo. Contrário a Tocqueville, Frey (2000) considera utópica a concepção de uma democracia capaz de reconciliar a liberdade com a igualdade garantida pela influência do IBC no processo político.

Tocqueville, por sua vez, dedicou-se a compreender o novo Estado Social que surgiu. Para isso, partiu do contraste entre dois regimes políticos, a aristocracia marcada pela desigualdade e hierarquia, e a democracia marcada pela igualdade, sem hierarquia (CANÇADO, 2011). Para Tocqueville, o IBC é uma doutrina filosófica, proveniente da igualdade, e que, esse estado social de igualdade, fez com que indivíduos tomassem a doutrina do IBC como regra fundamental de vida (TOCQUEVILLE, 2010).

Tocqueville percorreu um longo caminho cercado de discussões, debates e análises para então delinear e descrever sobre a doutrina do IBC. O autor estabeleceu importantes divergências entre as diferentes doutrinas do interesse, descrevendo a partir dessas, três doutrinas que, em comparação, dão sentido a uma nova doutrina: a doutrina do interesse bem compreendido (NICOLETE, 2012).

A primeira doutrina, segundo Tocqueville, está relacionada à crença de que os interesses dos outros devem ser menosprezados diante dos interesses próprios, de modo que, seria natural perseguir senão os últimos. Trata-se, nas palavras do autor, de egoísmo, razão pela qual apenas com muita concessão seria merecedora do nome doutrina. A segunda doutrina apontada por Tocqueville é a doutrina da utilidade, a qual, o autor defende com veemência que a mesma, não deveria ser confundida com a doutrina do IBC, pois, ainda que nesta esteja contida a utilidade, não se trata de uma doutrina definida integralmente pelo útil (NICOLETE, 2012).

Por fim, a terceira, é considerada a doutrina a mais pura, imaterial, fundamentada no dever. Consiste na capacidade do homem penetrar o pensamento divino, que o leva a perceber que o objetivo de Deus é a ordem e se associa livremente ao Seu desígnio<sup>2</sup>. Nessa doutrina é possível destacar uma característica intrínseca - a necessidade insistente de extirpar paixões. Nessa doutrina, o homem abstém-se dos seus desejos por uma motivação superior, de um dever. Tocqueville, descontente de que os homens abdicam de suas paixões, afirma que nessa doutrina o homem é ensinado a morrer, uma vez que, suas recompensas serão encontradas em outro mundo, que não esse. Destaca ainda que, a quarta doutrina: o Interesse Bem Compreendido é oposto a essa premissa. Os indivíduos aprendem a viver no presente, pois a

---

<sup>2</sup> Nos rascunhos d'A *Democracia*, lê-se: "*Il y a enfin une doctrine infiniment plus pure, plus élevée, plus immatérielle suivant laquelle la base des actions est le devoir*". Tradução: Finalmente, existe uma doutrina infinitamente mais pura, mais elevada e mais imaterial, segundo a qual a base das ações é o dever.

realização dos interesses encontra-se na terra. Enquanto, na terceira doutrina as recompensas serão encontradas em outro mundo (NICOLETE, 2012).

O IBC funda-se na premissa que o Bem-Estar Coletivo é pré-condição para o bem-estar individual, portanto, ao defender os interesses coletivos, os indivíduos estão, em última instância, defendendo seus próprios interesses (JASMIN, 2005; TOCQUEVILLE, 1987; CANÇADO, 2011). O interesse bem compreendido só é possível acontecer em um contexto democrático e, a “[...] participação na esfera pública [é] o que define a natureza política do governo democrático [...]” (JASMIN, 2005, p. 51). Para Rohling (2015) o IBC no contexto democrático é uma garantia contra si mesmo, uma vez que, buscando seu próprio interesse, o sujeito contribuirá para a manutenção da sociedade democrática.

Tocqueville destaca a existência da diversidade de interesses e evidencia o conflito latente entre os interesses públicos e privados. Para o autor as soluções contratualistas sobrepostas pelo Estado são uma forma de sacrificar a liberdade individual em prol da pacificação entre os dois lados, Estado e sociedade. Defende que a busca para solução de conflitos de interesses não deve proceder de uma força externa como a do Estado, mas sim dentro da própria sociedade. Essa, para Tocqueville, era a virtude que deveria ser fomentada para que as sociedades alcançassem a liberdade (FREY, 2000).

Para o enfrentamento dessa cisão e conciliação entre as esferas pública e privada, Tocqueville (2010 [1835]) sugere a transformação do egoísmo em um “Interesse Bem Compreendido”. Gahyva (2006, p. 564) defende que o IBC impeliria os cidadãos à arena pública, uma vez que, “a aposta tocquevilliana [...] implicava a possibilidade de fundar uma solidariedade social a partir do exercício do auto-interesse esclarecido dos indivíduos democráticos”. Marx e Engels (1998) acrescentam, o livre desenvolvimento de cada um é a condição para o livre desenvolvimento de todos.

Para Nicolete (2014), a doutrina do IBC concede aos homens o entendimento de que existe uma dependência entre eles, dessa forma, trabalhar com vistas à prosperidade comum é também atender aos próprios interesses. Essa perspectiva também é defendida por Cançado (2011). Para o autor o IBC reforça a interdependência entre os sujeitos, não no sentido de ser altruísta ou assistencialista, mas no sentido da re (construção) coletiva do espaço público com evidente pretensão de alcançar o bem-estar coletivo e por conseguinte o bem-estar individual. Sob o mesmo ponto de vista, as ações que visam atender interesses individuais ou de grupos específicos, se executadas com equilíbrio e com intervenção mínima do governo, são capazes de promover o bem comum (NICOLETE, 2019). Para Coutant (2007) o interesse é o propulsor do sistema.

Tocqueville (*op. cit.*, p. 389) escreveu que “a partir do momento em que se tratam em comum os assuntos comuns, cada homem percebe que não é tão independente dos seus semelhantes quanto imaginava a princípio”. Barbacena (2009) acrescentou que quando os indivíduos passam a agir em conjunto, despertam neles, o sentimento de mutualidade e interdependência, afastando de si, o individualismo que induz a confundir liberdade com auto-suficiência privada.

Nesse contexto, a Solidariedade e a Sustentabilidade são apontadas como subcategorias teóricas importantes na sustentação do IBC. Quanto à solidariedade, Tocqueville acreditava na possibilidade de fundar uma solidariedade social a partir do exercício do auto-interesse esclarecido dos sujeitos democráticos (GAHYVA, 2006). Defendeu a solidariedade como algo indispensável para a estimulação da virtude cívica<sup>3</sup> e para preservação da liberdade política (FREY, 2000).

Ainda segundo o entendimento de Tocqueville, as mazelas de uma sociedade moderna (consumismo, materialismo, individualismo, entre outras que contribuem para o declínio da virtude cívica) só podem ser superadas, através de um corpo político-social apoiado em laços fortes de solidariedade (FREY, 2000).

A solidariedade está associada à interdependência e à mutualidade de interesses e deveres, além de expressar compromisso com os pares e coesão social do grupo. Nesse sentido, é possível observar a proximidade e a relação estabelecida entre o IBC e a solidariedade, ambos caminham conjuntamente para a responsabilidade compartilhada pelo coletivo (CANÇADO, 2011). Santos (2013) também faz referência à solidariedade. Para o autor, a obrigação política vertical e horizontal entre os cidadãos, e entre os cidadãos e Estado, na nova cidadania, promovem a revalorização do princípio da comunidade, da igualdade sem mesmidade, da autonomia e da solidariedade.

A sustentabilidade, embora seja um termo empregado habitualmente para designar à preservação ambiental, nesse contexto, enquanto categoria teórica complementar refere-se à sua continuidade latente (CANÇADO, 2011). Sustentável no sentido de preservar, perpetuar, prosperar, cultivar, cativar as boas condutas e os bons princípios, tanto na coletividade, na vida em sociedade, e no meio ambiente.

De acordo com Cançado (2011), a forte relação entre a sustentabilidade e a solidariedade reside no sentido de que, a solidariedade é condição da sustentabilidade.

---

<sup>3</sup> O termo virtude (*virtus*, *virtù*) cívica ou civil é usado para denotar um conjunto de capacidades que cada cidadão deve possuir para servir o bem comum, assegurar a liberdade individual e da comunidade e, em consequência, levá-la à auto-suficiência. Envolve, ainda, a educação dos desejos na criação de uma sensibilidade cívica voltada para a esfera pública (RAMOS, 2006, p. 87).

Portanto, quando na perspectiva do IBC, os indivíduos propõem cuidar e fomentar o bem-estar coletivo, sendo solidários (no sentido rígido do termo), tem-se como meta a Sustentabilidade.

Quanto à sustentabilidade, recorre-se às questões de preservação ambiental para tornar o entendimento mais fácil e palpável. A preservação ambiental é uma garantia constitucional que estabelece como competência à coletividade e ao Poder Público o dever de preservar o meio ambiente “para as presentes e futuras gerações” (BRASIL, 1988). Nesse cenário, destaca-se a solidariedade intergeracional que consiste em preservar o meio ambiente para que as próximas gerações possam desfrutar dos recursos naturais do planeta (WEDY, 2019).

A solidariedade segundo os preceitos ambientalistas se divide em duas espécies: sincrônica e diacrônica. A solidariedade sincrônica “fomenta as relações de cooperação com as gerações presentes”. Enquanto a diacrônica “é aquela que se refere às gerações do após, ou seja, as que virão depois de nós, na sucessão do tempo”. Contudo, prefere-se o uso do termo solidariedade intergeracional, “porque traduz os vínculos solidários entre as gerações presentes e com as futuras” (MILARÉ, 2009, p. 1066).

Cançado (2011) amplia o conceito para uma visão mais holística e reitera que, independentemente do tipo de solidariedade, ela representa o esteio para a sustentabilidade, pois, existe uma preocupação com o presente e com o futuro. Gomes (2015) refere-se à solidariedade ambiental e a sustentabilidade como criadora e criatura, o que reforça o argumento de Cançado (2011).

Arroyo e Schuch (2006, p. 6) apresentam um conceito de solidariedade baseado na sustentabilidade.

Nossa ideia de solidariedade remete a uma ação humana que corresponde à noção elevada de que o melhor para alguém só se obtém de maneira sustentável se for também o melhor para o outro; que não é possível obter bens como qualidade de vida, que inclui segurança, por exemplo, uma preocupação muito atual, se não for uma conquista social.

Ainda segundo os autores, a solução para os problemas individuais passa necessariamente pela solução dos problemas coletivos.

Como exemplo de exercício do IBC, Cançado (2011) em sua tese de doutorado fez inferência a Economia Solidária<sup>4</sup>, e descreveu o IBC como:

---

<sup>4</sup> No sentido de que “empreendimentos coletivos baseado na economia solidária atendem ao IBC na medida em que, ao buscar o interesse privado de geração de trabalho e renda, o caminho encontrado é o coletivo” (CANÇADO, 2011, p. 225).

O instrumento pelo qual o potencial de Solidariedade se realiza em prol da Sustentabilidade, em outras palavras, ao tratar do bem-estar coletivo (solidário, no sentido estrito do termo) na perspectiva do IBC tem-se como norte a Sustentabilidade (ampla, não só ambiental) (CANÇADO, 2011, p. 226).

Outra forte característica evidente no contexto do IBC destacado por Tocqueville que vai ao encontro das características da GS são as associações livres, presentes na sociedade Americana.

As associações livres constituem importante elemento nas práticas político-administrativas do movimento de descentralização na América, em especial na superação do individualismo. Tornou-se destacável para Tocqueville pelo contraste ao compará-las com a antiga sociedade aristocrata, e por instigar os cidadãos as práticas de liberdade (ROHLING, 2015). Segundo o mesmo autor (*ibid.*) as associações livres as quais Tocqueville se refere são as associações civis e políticas. Essas evidenciam a facilidade com que os cidadãos americanos se associam na vida civil para os mais diversos fins.

Para Tocqueville é através das associações que o isolamento humano é superado na democracia. Os homens independentes, isolados e fracos organizam-se e tornam-se correspondentes às ações dos “particulares poderosos” (NICOLETE, 2014, ROHLING, 2015). Nas associações, os sujeitos adquirem a capacidade e o costume de gerar coisas em comum e por si mesmos, mantendo-se independentes e estabelecendo relação necessária entre igualdade e a liberdade (NICOLETE, 2014).

Os americanos de todas as idades, de todas as condições, de todos os espíritos estão constantemente a se unir. Não só possuem associações comerciais e industriais, nas quais todos tomam parte, como ainda existem mil outras espécies: religiosas, morais, graves, fúteis, muito gerais e muito particulares, imensas e muito pequenas [...] (TOCQUEVILLE, 1977, p. 391 apud Rohling, 2005, p. 96).

Portanto, Tocqueville, ao valorizar o associativismo com intuito de superar o individualismo e cotejar a virtude cívica dos cidadãos, coaduna-se à doutrina do IBC (ROHLING, 2005).

Gahyva (2006) afirma que foi através do IBC que os americanos conseguiram manter sua tradição associativista em um universo marcado progressivamente pelo individualismo. Defende que a doutrina do IBC é indissociável da descentralização administrativa.

Ainda, em consonância ao pensamento de Tocqueville, cabe ressaltar a teoria Utilitarista de Stuart Mill (1859). Mill defende o utilitarismo baseado no hedonismo<sup>5</sup>. O utilitarismo ou o princípio da maior felicidade como chamado por Mill é definido como:

As ações estão certas na medida em que tendem a promover a felicidade, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade. Por felicidade, entende-se o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e a privação de prazer (MILL, 2014, p. 98).

Segundo Mill (*op. cit.*), a felicidade adotada pelos utilitaristas tida como correta, diz respeito à felicidade do coletivo, pois o que influencia na soma de felicidade conjunta é o prazer total, e não a felicidade do próprio sujeito. Esta visão de mundo corrobora a de Tocqueville em termos de IBC. No entanto, o utilitarismo não obriga o sujeito a abandonar a busca pela sua própria felicidade, ou incluir sempre em seus interesses os interesses dos outros, apenas defende a convergência de seus interesses com os interesses comuns (DIAS, 2014).

O hedonismo, característica fundamental do utilitarismo estudado por Mill, defende o prazer como um bem supremo da vida humana, ou seja, o fundamento da vida moral. Logo, essa associação do utilitarismo e do hedonismo em Mill considera que o prazer provém da natureza coletiva, ou seja, na utilidade social. Prega ainda, a busca da felicidade do grupo como objetivo próprio da moral, sendo assim, as ações visam a sempre produzir maior quantidade de bem-estar (MILL, 1859). Na mesma perspectiva, Antunes (2015) explica que para uma ação cumprir seu critério moral, ela deve ser capaz de produzir felicidade a um contingente de pessoas superior ao que pudesse gerar dor ou sofrimento na sua execução. Ou seja, a felicidade gerada com a ação, deve superar o possível sofrimento provocado pela sua realização.

Os argumentos reforçam a magnitude da GS num regime político democrático caracterizado pela articulação entre Estado, mercado e sociedade civil, além de evidenciar e valorizar a categoria teórica do IBC como pressuposto fundamental do exercício da GS.

Assim como dito por Tocqueville (*op. cit.*) e válida até os dias atuais, a doutrina do IBC é, dentre as doutrinas a mais adequada às necessidades dos homens, servindo-lhes num contexto democrático, como um instrumento de defesa contra si mesmo, capaz de superar o

---

<sup>5</sup> Hedonismo: Termo que indica tanto a procura indiscriminada do prazer, quanto a doutrina filosófica que considera o prazer como o único bem possível, portanto como o fundamento da vida moral. [...] O hedonismo distingue-se do utilitarismo do séc. XVIII porque, para este último, o bem não está no prazer individual, mas no prazer do "maior número possível de pessoas", ou seja, na utilidade social. (ABBAGNANO, 2007, p. 497).

próprio egoísmo. Certamente, o indivíduo na busca da realização dos próprios interesses, estará contribuindo para a manutenção da sociedade democrática (ROHLING, 2015). Portanto, para Jasmin (2000) e Rholing (*ibid*) a doutrina do IBC encontra-se no contexto das virtudes cívicas, e no lastro da racionalidade dos sujeitos.

A próxima seção tratará da trajetória da saúde pública e a inserção da GS nesse universo.

### 3.1.2 Gestão social no contexto das políticas de saúde pública

A trajetória da saúde pública brasileira é fortemente marcada pelos determinantes históricos, culturais e econômicos do país, que inclusive apresentam discretas semelhanças com o contexto histórico da GS. O grande marco da história da saúde pública no Brasil foi a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, quando no mesmo ano, na Constituição Federal (CF) foi determinado como dever do Estado garantir a saúde a toda população brasileira, pressionados pelo movimento reformista sanitário, mobilização da sociedade civil que clamavam por reforma no modelo de assistência, até então excludente (BRASIL, 1988).

A CF (BRASIL, op cit.) é reconhecida como uma das mais importantes reformas da área social, suscitada a partir do novo regime democrático, por assegurar espaços de participação social na construção de políticas públicas de saúde (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013). Cabe ressaltar, que no período que antecede a CF-1988, o sistema público de saúde era restrito apenas aos trabalhadores da economia formal (carteira assinada) e seus dependentes.

É possível destacar facilmente a GS no contexto das Políticas Públicas de Saúde, uma vez que dentre os princípios e diretrizes norteadores que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao mesmo tempo a criação do mesmo, encontra-se o direito da participação social ou controle social, com vistas a assegurar ao usuário e comunidade a participação ativa e direta nas decisões das políticas públicas, além da criação de espaços para a prática da democracia participativa (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

A efetiva participação popular nas políticas públicas de saúde foi fundamentada com a promulgação da Lei Federal 8.142 (BRASIL, 1990b) que determinou a criação de instâncias colegiadas em cada esfera de governo através dos conselhos de saúde, bem como os espaços deliberativos por meio da conferência de saúde. É nesse contexto que os conselhos e as conferências de saúde tornaram-se dispositivos democráticos de inclusão e GS. A sociedade civil através da participação popular recebe a condição de sujeito da política de saúde ao

mesmo tempo em que agente ativo da sua produção e construção, além de transformadores da sociedade (GUIZARDI et al., 2004).

Portanto, observa-se que já existem iniciativas consolidadas que inserem e promove a participação da comunidade nos assuntos pertinentes a saúde. No entanto, a GS e seus atributos asseveram mais profundamente essa premissa. Por isso, urge a necessidade da intercessão da GS nesse cenário com objetivo de fortalecer e fomentar o diálogo, situando a sociedade civil como protagonista do processo. A seção seguinte contextualiza o fenômeno da judicialização da saúde e suas implicações, que corrobora a evidência dessa perspectiva premente.

### **3.2 Judicialização da saúde**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948, p. 6) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A dignidade humana, de caráter universal e igualitário é um direito fundamental, constitucional e, intrínseco (BRASIL, 1990). No entanto, são muitas as dificuldades do Estado em instituir políticas públicas que assegurem o acesso universal, integral e igualitário à população brasileira. Estima-se que 75% da população brasileira dependam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (ARAÚJO, LÓPES, JUNQUEIRA, 2020; CAVALCANTI, 2021). Para Schulze (2019) a principal causa da insatisfação social reside na incapacidade do Estado em efetivar plenamente o direito à saúde.

A saúde tornou-se um direito social de todos os brasileiros sem distinção, e, como dever do Estado garantido mediante políticas públicas, através da Constituição Federal (BRASIL, 1988, arts. 6<sup>o</sup> e 196<sup>o</sup>). Paralelamente, no artigo 198 do referido documento, determinou-se também a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantia das ações e serviços assistenciais universais, igualitários e integrais (BRASIL, 1988; PSANQUEVICH; MOREIRA, 2019). Ainda sobre o aspecto constitucional, os Arts. 23 e 24 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) tratam da responsabilidade inerente a todos os entes federados de cuidar, legislar e atuar de forma conjugada e coordenada, a fim de assegurar o direito à saúde a todos os indivíduos sem distinção e de forma universal.

---

<sup>6</sup> Art. 6<sup>o</sup> - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

<sup>7</sup> 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 (BRASIL, 1988).

Torna-se cada vez mais estreita a relação entre as dimensões jurídicas e da saúde. O fenômeno ocorre como reflexo da progressiva constitucionalização dos direitos sociais, associado ao deficiente papel desempenhado pelo Estado frente à saúde dos cidadãos. Esse cenário resulta na intensificação do protagonismo judicial na efetivação da assistência a saúde pública, bem como na presença crescente desse Poder no cotidiano da gestão em saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). Em especial no Brasil, a discussão sobre o direito à saúde reflete o avanço das perspectivas sobre a exequibilidade desse direito (GARCIA, 2018).

Travassos (2012) destaca ainda que a CF (BRASIL, 1988) atribuiu ao Poder Judiciário papel importante sobre o direito à vida e fortaleceu-o perante os demais poderes. Isso é claramente evidenciado no art. 5<sup>o</sup>, inciso XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988). Desse modo, ampliou-se o acesso ao judiciário como forma de garantir os direitos que assim julgarem ameaçados. Moraes (1998) completa, qualquer direito que seja violado, ou ameaçado de violação, é consentido à tutela do judiciário, podendo resultar, na reparação ou restabelecimento do direito, ou ainda, prevenir que o direito seja lesado. Diante desse cenário, Borges e Ugá (2009) consideram a judicialização como o fenômeno constituído pela interferência e atuação do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais.

O termo judicialização é empregado para descrever a crescente confiança na concessão de direitos para resolução de decisões políticas complexas, a exemplo, a distribuição escassa de recursos (LAMPREA, 2017; MICHELMAN 2008; WALDRON 2006). Logo, a judicialização da assistência à saúde, refere-se à utilização de ações judiciais e liminares de direito para consecução de tratamentos médicos e/ou farmacológicos (LAMPREA, 2017).

Para Silva (2013), judicialização da saúde refere-se à “busca do poder judiciário como última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negado pelo SUS, seja por falta de previsão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), seja por questão orçamentária”. A mesma ainda acrescenta que tal situação é reflexo de uma sistema de saúde deficiente, incapaz de concretizar a contento a proteção desse direito fundamental. Para Ventura et al. (2010), o termo judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, a fim assegurar e promover os direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis. Social, Joseph e Biehl (2020) retratam a

---

<sup>8</sup> Art. 5<sup>o</sup> - 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, [...] (BRASIL, 1988).

judicialização da saúde como um fenômeno heterogêneo, de emponderamento legal, capaz de mensurar a vida democrática do país e fomentar a mobilização social. Atua como um mecanismo de responsabilidade e contribui para definição de contornos e componentes do direito constitucional à saúde.

Rojas e Perilla (2021) consideram os litígios em saúde uma forma de exercício da democracia. Para os autores, reivindicar judicialmente um direito constitucional é um feito tão político e democrático como votar e integrar um partido político. Zago et al. (2016), descrevem sobre o cenário da judicialização da saúde no Brasil. É um fenômeno crescente, com desfechos onerosos que comprometem o recurso escasso da saúde, além de gerar sobrecarga no sistema judiciário. Para os autores, as ações judiciais deveriam ser uma exceção, no entanto, têm se tornado uma prática cotidiana na busca da validação dos direitos sociais à saúde. Associam-se a esse panorama, a ineficiência do poder público, as falhas do Sistema Único de Saúde e a falta de regulamentação.

### 3.2.1 Breve histórico da judicialização da saúde no Brasil

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil foi impulsionado na década de 1990 com o movimento de defesa dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV e ao sucesso das ações judiciais pertinentes a essa causa (BUÍSSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018; DANIELLI, 2016). Segundo Danielli (2016) e Matos (2019) ainda no início, logo após a CF (1988) as primeiras decisões judiciais sobre a saúde eram de natureza programática, sem nenhuma ponderação ou reflexão da sua natureza individual.

Tal fato pode ser observado nos acórdãos das primeiras decisões judiciais que asseguram o direito à saúde preconizado na CF (BRASIL, 1988): “protegem um interesse geral, todavia, não conferem aos beneficiários desse interesse, o poder de exigir sua satisfação – pela via *mandamus*” (BRASIL, 1996, p. 1). Para o ministro Reinaldo (1996), as normas estabelecidas pelos artigos 195, 196, 204 e 227 da CF (1988) possuem eficiência limitada, isso porque, dependem de legislação complementar para obterem o interesse tutelado judicialmente.

As mudanças interpretativas do Judiciário nacional surgiram das demandas de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) com a reivindicação do acesso universal a medicamentos e exames diagnósticos via judicial (DANIELLI, 2016). No final da década de 1990, as demandas individuais e posteriormente coletivas, inundaram o Poder Judiciário forçando a reflexão da exigibilidade do direito à saúde e sua extensão.

Paralela às ações judiciais, a mobilização da sociedade civil e ONGs (Organização Não Governamentais) consubstanciou esse movimento (DANIELLI, 2016; BRASIL, 2005).

A fundamentação jurídica dessas ações (referentes à HIV) por parte da sociedade civil clamava não somente o direito à saúde, mas o direito à vida, à vida com dignidade (DANIELLI, 2006; BRASIL, 2005). Com isso tornou-se cada vez mais frequente a propositura de ações judiciais reivindicando o fornecimento dos antirretrovirais para HIV e de outras doenças, especialmente daquelas que representavam ameaça à vida (MOLITERNO, 2018). Em resposta a essa luta, foi aprovada a Lei 9.313 (BRASIL, 1996) que assegurou aos portadores do vírus HIV, o acesso à droga antirretroviral (ARV), indispensável no combate aos efeitos do vírus. A partir de então fora cumprida no Brasil a política de acesso universal ao tratamento antirretroviral (DANIELLI, 2016).

No entanto, Schulze (2019) chama a atenção para a desigualdade que reside nesse cenário. O autor afirma que o Brasil é um país de extremos quando se trata também da judicialização da saúde. Mostra que, de um lado, temos um SUS que demonstra ser capaz de tratar e manter os melhores tratamentos aos portadores de HIV, além de realizar outros procedimentos com elevado grau de complexidade. Por outro lado, é incapaz de prestar assistência básica à saúde para a maioria da população, em especial aquelas que residem distantes das capitais.

Com o ganho em massa das causas judicializadas relacionadas ao tratamento do HIV e de outras patologias, em especial aquelas que configuravam ameaça à vida, somado às diferentes interpretações dos preceitos constitucionais e legais que regem a atenção à saúde, instalou-se o reconhecimento da plena justiciabilidade do direito à saúde (GADELHA, 2018; MOLITERNO, 2018).

Sob essa importante perspectiva, em especial pela forma como é interpretado majoritariamente o direito fundamental à saúde, no qual foi capaz de deslocar a compreensão do direito à saúde de princípio diretriz a um princípio absoluto, o Judiciário passou a tratar o art. 196<sup>9</sup> da CF (BRASIL, 1988) como razão definitiva e um princípio em sentido estrito. Logo o “direito à saúde passou a ser entendido como um direito subjetivo a uma prestação positiva do Estado e aplicado como se regra fosse pelos Tribunais pátrios” (DANIELLI, 2016, p. 58). Em conformidade, Aith (2007) defende que o direito social à saúde tem raízes jurídicas

---

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.

profundas, capazes de obrigar o Estado a subsidiar e a garantir o atendimento e assistência integral à saúde aos cidadãos. Discorre a respeito:

Sempre que houver uma pessoa doente, caberá ao Estado fornecer o tratamento terapêutico para a recuperação da saúde dessa pessoa de acordo com as possibilidades oferecidas pelo desenvolvimento científico. Assim, não importa o nível de complexidade exigido, a diretriz de atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos que estiverem ao seu alcance para a recuperação da saúde de uma pessoa, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos. Todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias competentes devem ser disponibilizados para a proteção da saúde da população (AITH, 2007, p. 17).

No entanto, para Schulze (2019, p. 24) entender que o “Estado tem o dever de prestar tudo sem nenhum custo”, é uma interpretação equivocada que predomina no Brasil sobre o direito à saúde, e que esta tende a influenciar as decisões judiciais. Por outro lado, o autor reconhece que a judicialização é a única estratégia capaz de assegurar o direito social frente ao descumprimento do que é postulado pela Constituição, por parte do SUS e das operadoras de planos de saúde. Em consonância, Silva (2020) enfatiza que neste cenário, frente à violação e à inércia do Estado, o Poder Judiciário ganhou o papel de efetivador dos direitos sociais, em especial o da saúde.

Os direitos fundamentais assegurados no Art. 6º da CF (1988), constituídos pela saúde, trazem duas importantes perspectivas: a objetiva e a subjetiva. A dimensão subjetiva - aquela que trata os “direitos da defesa”, que parte do indivíduo em face do poder público, ou seja, contra os poderes estatais. A dimensão objetiva – aquela que se destina a organização de atividade que tenha influência coletiva. É nessa perspectiva que o Poder Legislativo, Judiciário e a Administração Pública desempenham suas funções em prol do bem comum que é a proteção dos direitos. Logo, o Estado por sua vez, fica condicionado a adotar medidas que promovam e protejam de forma efetiva os direitos fundamentais (LIMA, 2009).

Dito isso, é irrefutável o dever do Estado no cumprimento da assistência à saúde, assim como, na prestação de serviços de saúde a toda população brasileira. Ao se tratar da dimensão objetiva dos direitos fundamentais, o Estado encontra-se encurralado numa tríade complexa de valores e deveres – respeito, proteção e promoção. O dever do respeito proíbe o Estado de violar o direito fundamental à saúde. Proteção – trata-se da proteção estatal da violação do direito fundamental à saúde. E por último o dever de promoção onde o Estado deve prover condições básicas para o pleno exercício do direito fundamental á saúde (SCHULZE, 2019).

De forma semelhante, o mesmo ocorre na dimensão subjetiva do direito fundamental à saúde. Se, porventura, ocorrer o descumprimento imediato ou potencial do princípio da integralidade, é facultado ao cidadão a possibilidade de solicitar por meio de intervenção via judicial o respeito e a reparação da violação àquele direito fundamental. No mesmo sentido, Santos e Gonçalves (2020, p. 43) defendem que a judicialização “não é injustiça na medida em que o Estado não oferece a saúde de forma eficaz. Injustiça é o Estado não conceder a garantia fundamental à saúde de forma eficiente”. Portanto, a judicialização da saúde se deve justamente ao fato da incapacidade do Estado em efetivar o acesso a essa garantia fundamental (SANTOS, GONÇALVES, 2020). Para Lamprea (2017), a epidemia de litígios dos direitos à saúde está associada ao acesso facilitado aos tribunais e aos arranjos institucionais dos sistemas de saúde.

Buíssa, Bevilacqua, Moreira (2018) explicam que as decisões judiciais seguem a tendência de efetivação da proteção constitucional do direito à saúde, centrado no argumento de que não faz sentido, um Estado que não se preste a garantir aos cidadãos os direitos sociais mínimos postulados na constituição, mesmo que ainda, por intervenção da força coativa do Judiciário, face da inaceitável inércia dos demais Poderes Estatais. Diante do exposto, é possível observar uma tendência crescente à concretização dos direitos fundamentais à saúde por via judicial. Este fato pode ser seguramente comprovado no aumento vertiginoso dos números das ações judiciais referentes à saúde, expressos na próxima sessão.

### 3.2.2 Judicialização da saúde em números

A busca incessante pela concretização dos direitos fundamentais e sociais a saúde e a vida, têm refletido no aumento vertiginoso dos números de ações judiciais à saúde. Segundo Andia e Lamprea (2019) o fenômeno da judicialização da assistência à saúde é uma característica predominante dos países latino-americanos. Um estudo comparativo revelou que o número anual de litígios de direito à saúde por um milhão de indivíduos, foi de 3.829 na Colômbia, 206 no Brasil, 109 na Costa Rica e 29 na Argentina. Enquanto, na África do Sul foi de apenas 0,3 e na Índia 0,2. Para as autoras, as ações judiciais à saúde na América Latina são caracterizadas pelo baixo potencial transformador, uma vez que, depreciam monetariamente o sistema de saúde, e são incapazes de transformá-lo.

No Brasil, entre os anos de 2008 a 2017 as causas judicializadas referentes à saúde aumentaram em 130%. De acordo com o relatório publicado pelo CNJ, no ano de 2016 foram contabilizados 854.506 processos inerentes à saúde. Em 2017 esse número alavancou para

1.346.931 processos. Já, logo no ano seguinte, em 2018, esse número progrediu para 1.778.269. Não obstante, no ano de 2019 as ações judiciais relativas à saúde alcançaram 2.228.531 processos (BRASIL, 2019). É expressivo e preocupante o aumento das ações judiciais à saúde, se considerar os períodos acima citados (2016, 2017, 2018 e 2019), a média de crescimento anual da judicialização da saúde no Brasil ultrapassa 400 mil novos processos/ano.

O relatório traz um retrato do panorama quantitativo de todas as demandas sobre a judicialização da saúde (de natureza não-cível, não-criminal) considerando os processos ajuizados até 31/12/2018. Os assuntos com maior demanda são respectivamente: a) planos de saúde (direito do consumidor) com 677.897 processos, b) fornecimento de medicamento SUS (544.378), c) tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (259.334), d) tratamento médico-hospitalar – SUS (177.263), e) saúde (direito administrativo e outras matérias de direito público) com 159.414 processos (BRASIL, 2019). Com o advento da pandemia provocada pelo COVID-19, os números da judicialização da saúde no ano de 2020 continuaram a aumentar expressivamente. Esta realidade será abordada na próxima sessão.

### 3.2.3 Judicialização da saúde nos tempos de pandemia da COVID-19

A COVID-19 é uma doença altamente transmissível e de espectro clínico dissonante. Pode apresentar variações desde quadros leves, assintomáticos, oligossintomáticos (poucos sintomas) até quadros graves e óbitos. É provocada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. Foi identificada a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, que desencadeou a doença COVID-19, e posteriormente transmitida de pessoa a pessoa.

Brevemente, em razão da rápida propagação do vírus, em especial da disseminação geográfica, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 30 de janeiro de 2020, declarou que a COVID-19 constituía uma emergência de saúde pública de importância e tratamento mundial. Logo, em 11 de março do mesmo ano, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia de âmbito mundial (BRASIL, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2021).

De forma correlata, no Brasil, por meio do Decreto Legislativo nº 6 (BRASIL, 2020) as autoridades brasileiras reconheceram a ocorrência do estado de calamidade pública relacionada à COVID19. Com o advento da pandemia a judicialização da saúde ganhou contornos ainda mais dramáticos. Os números crescentes da doença, a alta transmissibilidade

e contágio do vírus, a letalidade da doença e a evolução do quadro clínico da doença, entre outros, têm requerido assistência e cuidados médico-hospitalares específicos em massa, e em muitos casos, urgentes. No entanto, a oferta de serviços, insumos e assistência do sistema de saúde não tem conseguido acompanhar a necessidade em curso (BRASIL, 2020; SILVA, 2020).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, até o momento (período compreendido entre 27 de março de 2020 a 18 de setembro de 2021) o Brasil apresenta um total de 21.080.219 casos confirmados da doença, com incidência de 10.031,2 a cada 100mil habitantes. A média de casos novos por dia de notificação com média móvel de 14 dias é 11.202. Quanto ao número de óbitos, o país chega a 589,573 óbitos acumulados, uma média de 333 óbitos novos por dia de notificação com média móvel de 14 dias. Já a taxa de mortalidade pelo Coronavírus chega a 280,6 a cada 100mil habitantes.

As estatísticas se fazem necessárias para elucidar a magnitude do problema, e justificar o crescente número de judicialização à saúde (BRASIL, 2021). É possível supor que grande parte dos indivíduos que compõem em especial o quantitativo dos óbitos provocados pela doença, necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e assistência médico-hospitalar complexa, o que claramente não foi possível conceder. Muitos óbitos inclusive ocorreram em virtude da espera de assistência, insumos, leitos, entre outros.

No Brasil, grande parte da população é dependente exclusivamente do SUS. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde, aproximadamente 210 milhões de brasileiros são dependentes do SUS. No entanto, os leitos de UTI são concentrados em hospitais privados, ou seja, gozam desse direito, os indivíduos que são beneficiários de planos de saúde (BRASIL, 2021, SILVA, 2020).

É importante ressaltar que uma parcela mínima desses leitos dos hospitais privados, são compartilhados com a rede pública, mediante firmação de convênios, mas, ainda assim, insuficientes. Contudo é nesse cenário de desequilíbrio, de colapso do sistema de saúde, do crescente número de casos da doença e a agressividade da mesma, que a judicialização da saúde ganhou ainda mais visibilidade e destaque com a pandemia (CARVALHO et al., 2020).

As demandas judiciais pós-pandemia não se restringem somente à reivindicação de leitos para tratamento da COVID-19. Conclamam também por leitos e tratamentos de causas diversas não menos importantes (lesões por causas externas, causas cardiorrespiratórias, câncer, depressão, entre outras) que se encontram ocupados e lotados com vítimas da COVID-19. Assuntos de natureza referentes à determinação de avaliação e cumprimento de isolamento social ou orientações médicas, aquisição e fornecimento de respiradores e

oxigênios, afastamento das atividades laborais por comorbidades que configuram risco a saúde do indivíduo frente ao coronavírus, auxílio emergencial do Governo Federal, entre outros, constituem a vasta gama de processos judicializados (OLIVEIRA, 2020; SILVEIRA, BUENO, 2021).

Antecipando-se e prevendo novas demandas, o judiciário já se prepara desde dezembro de 2020, para possibilidade de eventuais ações judiciais de casos relativos à imunização contra a covid-19 (AGÊNCIA CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2020). Os dados do CNJ (2021)<sup>10</sup> contabilizam 326.653 mil ações judiciais relacionados à Covid-19, e 214.490 mil processos referentes ao auxílio emergencial. Esses números consideram a integração das bases de dados do Conselho Nacional de Justiça, Ministério Público Federal, Advocacia Geral da União e Defensoria Pública da União (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021). Contudo esses números retratam e reforçam a precária estrutura na saúde, as fragilidades latentes das políticas públicas, o desequilíbrio orçamentário e as discrepâncias sociais (SILVA, 2020).

Diante desta avalanche de demandas judiciais à saúde, robustecida pela pandemia, Renato Porto, ex-diretor da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) declara que as ações judiciais à saúde, antes vinculadas demasiadamente à solicitação de medicação e tratamentos de alto custo, podem tomar novos rumos, uma vez que, a sociedade pode perceber que tratamentos não tão caros e acessíveis podem salvar vidas. Isso porque as comorbidades estão sendo cruciais no enfrentamento, no combate e no prognóstico da COVID-19. Poderíamos diante dessa declaração, sugerir que a judicialização da saúde surtiria maior efeito na coletividade, caso, a previsão venha a se cumprir, já que, as comorbidades como Hipertensão arterial, diabetes, câncer entre outras, atingem milhões de brasileiros.

### 3.2.4 Conflitos pujantes da judicialização da saúde

O fenômeno da judicialização da saúde traz importantes implicações nos direitos coletivos. A recorrência ao judiciário para garantia do direito à saúde envolve especialmente a dicotomia entre o individual e o coletivo. Na seara jurídica, autores como Sarlete e Figueiredo

---

<sup>10</sup> O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituíram o Observatório Nacional sobre Questões Ambientais, Econômicas e Sociais de Alta Complexidade e Grande Impacto e Repercussão, por meio da Portaria Conjunta nº 1 (CNMP, CNJ, 2019), assinada pelos presidentes das instituições. De caráter nacional e permanente, o Observatório possui a atribuição de promover integração institucional, elaborar estudos e propor medidas concretas de aperfeiçoamento do sistema nacional de Justiça, nas vias extrajudicial e judicial, para enfrentar situações concretas de alta complexidade, grande impacto e elevada repercussão social, econômica e ambiental (CNJ, 2021).

(2007), Ferraz e Vieira (2009), defendem que a saúde é um bem indisponível e indispensável, portanto, deve ser garantida pelo Estado. Já para Rigo (2007), Carmo e Montovani (2014) a judicialização da saúde fere os direitos sociais, pois o direito à saúde está sujeito à reserva do possível<sup>11</sup>, já que para sua concretização é necessário recursos financeiros.

Na visão de Santos e Gonçalves (2020, p. 42) a judicialização da saúde “é uma injustiça na medida em que a vida é o bem jurídico de maior valor dentre os Direitos e das Garantias Fundamentais imutáveis da Constituição Federal da República Federativa Brasileira”. Sem a vida os demais direitos não subsistem, devendo ser ela, tutelada preliminarmente.

Para Martins e Allen (2020), o litígio como alternativa de acesso a serviços de saúde é visto como estratégia capaz de promover avanços na saúde pública, em especial, nos países que não possuem leis que assegurem os serviços básicos de saúde, como o caso da África por exemplo. No entanto, no Brasil, por possuir leis que asseguram a saúde como direito fundamental do ser humano, a judicialização de saúde, ao mesmo tempo em que amplia o acesso aos serviços de saúde de alguns indivíduos, geram desafios sócio-médicos que impactam na administração pública e na justiça distributiva.

Embora haja debates processuais que tratam de interesses coletivos, Travassos, Marques e Ferreira (2019) revelam a predominância na busca individual do direito à saúde. O direito individual pode representar um obstáculo às necessidades de interesse coletivo, em outras palavras, o desvio de recurso para o cumprimento da ação individualizada pode comprometer recursos financeiros para o suprimento das demandas de cunho coletivo (GONTIJO, 2010; VIEIRA, 2008).

Para Moro et al. (2019), ainda que consolidada a forma jurídica de tutela do direito à saúde, é incorreto que os direitos individuais tenham precedência sobre os direitos coletivos. Não se deve garantir a um cidadão o benefício ou privilégio ao custo de prejudicar outros, mesmo que, justificado pela desorganização do gasto público e/ou da carência de limites na efetividade do direito à saúde. Para o autor, esse cenário reforça e fortalece a ideia de apropriação individual do que é coletivo.

Em consonância com Travasso, Marques e Ferreira (2019), o CNJ (2019) destaca a discrepância das ações coletivas e individuais. Os dados revelam que das 31.094 ações nos

---

<sup>11</sup> O princípio da reserva do possível regulamenta a possibilidade e a abrangência da atuação do Estado no que diz respeito ao cumprimento de alguns direitos, como os direitos sociais, subordinando-os à existência de recursos públicos disponíveis à atuação do Estado (BUÍSSA, BEVILACQUA, MOREIRA, 2019).

tribunais de justiça do país (casos referente à tutela antecipada<sup>12</sup>), apenas 1.126 ou 3,62% são demandas de cunho coletivo. Esse fenômeno se repete independente das instâncias judiciais requeridas. Nos processos de 2ª instância<sup>13</sup>, das 164.587 ações nos tribunais brasileiros, somente 3.868 ou 2,35% são demandas coletivas. Essas pequenas parcelas que constituem o banco de ações coletivas citam os termos “ação coletiva”, “ação civil pública” ou “mandado de segurança coletiva”. Portanto é possível afirmar que as ações judiciais se dá, muito mais pela via individual do que pela coletiva.

Paim (2010) explica que os excessos causados pelas decisões judiciais no atendimento em especial ao custeio de tratamentos, muitas vezes inacessíveis, destituídos de essencialidade e de medicamentos experimentais com custos elevados, põem em risco a execução das políticas públicas e evidenciam o quanto o direito coletivo fica preterido em prol do direito individual. Estudos apontam para um possível aumento das desigualdades sociais gerados pelos privilégios do atendimento às demandas individuais.

Travassos (2012) argumenta que as ações individualizadas são uma contradição do direito à vida e à saúde tanto na esfera individual, como na coletiva. A suposta obrigação do Estado à plena assistência médica deferida judicialmente a um único indivíduo denota claramente, a priorização do direito de alguns cidadãos sobre os demais, e conseqüentemente o favorecimento do indivíduo sobre a coletividade (GONTIJO, 2010).

Martins e Allen (2020) questionaram em seu estudo, se o litígio de direito à saúde é considerado aliado ou inimigo da saúde pública global? Concluíram que possui dupla perspectiva. De uma lado pode ser favorável para o indivíduo demandante e desfavorável para a sustentabilidade do sistema de saúde. Por outro lado, pode ser positivo para ambas as partes por promover o desenvolvimento do sistema de saúde e gerar maior acessibilidade aos usuários. Portanto, as ações judiciais por direitos de saúde devem ser consideradas na sua perspectiva pluridimensional, com prudência, respeitando a realidade local, suas peculiaridades, cultura, leis e políticas.

Outro apontamento levantado por Wang (2009) é a diferença de tratamento e sucesso de ações individuais em relação às coletivas. Para o autor os magistrados e tribunais se mostram mais dispostos a decidir favoravelmente nas demandas individuais do que propor

---

<sup>12</sup> A tutela antecipada é um instrumento processual que permite ao autor, no processo de conhecimento, receber a totalidade ou parte do que foi pedido em juízo. Pautando-se no artigo 273 do código de processo civil, o juiz poderá, desde que presentes os requisitos, antecipar a tutela (MARTINS, RIGONI, 2015).

<sup>13</sup> Diz-se aquele cidadão que não concordou com a sentença do juiz de primeiro grau, podendo recorrer para que o caso seja julgado no Tribunal de Justiça. Então, se o processo subiu para a segunda instância, quer dizer que houve recurso contra a decisão do juiz e, assim, o caso passa a ser examinado pelos desembargadores (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

reformas estruturais na política pública de saúde via ações coletivas. Isso porque serviria como incentivo para que demandantes não se valham de mecanismos processuais mais abrangentes, dessa forma o judiciário se limitaria a atuação de forma fragmentada, fracionada e individualizada, gerando o processo de subjetivação do direito à saúde. Segundo Brasil (2018), é predominante nos países da América Latina o sucesso da litigância individual por medicamentos, ao passo que, os casos coletivos ou estruturais mostram-se aparentemente mais embaraçoso desde a sua recepção pelo judiciário até o efetivo cumprimento da decisão judicial.

Moliterno (2018) esclarece que é concedido ao cidadão o direito de receber o tratamento necessário e adequado à sua enfermidade, “mas esse direito não é, e não pode ser, absoluto, sob pena de colocar em risco ou inviabilizar o acesso universal e igualitário da população ao serviço público de saúde” (MOLITERNO, 2018, p. 201). Para Diniz (2015) a “integralidade” postulada nos preceitos legais referentes à saúde, não deve ser compreendida no sentido de autorizar prestações ilimitadas. Nesse sentido, Brasil (2018) apontou como uma das situações mais preocupantes no cenário da judicialização da saúde, a interpretação da saúde como um direito absoluto a receber quaisquer serviços de saúde, sem considerar o aspecto custo-efetividade<sup>14</sup>.

Gontijo (2010) por sua vez, considera um equívoco afirmar que a negativa do fornecimento de determinado serviço, ou o não atendimento às demandas judiciais individuais configurem ao mesmo tempo a negação do próprio direito à saúde do cidadão. Em consonância Schulze (2016) explica, não é porque o direito à saúde é um direito fundamental que toda e qualquer ação judicial deve ser julgada procedente.

Segundo interpretação de Naundorf, Carli e Goulart (2018), a Constituição Federal (Op. cit) optou por um modelo de atenção à saúde universal e coletiva. Lembram inclusive, que essa conquista foi fruto das lutas e reivindicações de cunho social em massa, essencialmente do movimento da reforma sanitária. Danielli (2016) alerta que com o advento da Judicialização como estratégia de concretização do direito social e fundamental a saúde; o interesse coletivo tem deixado de ser protagonista e as discussões a cerca do direito à saúde tornam-se uma vertente eminentemente individual. Para Diniz (2015) a judicialização fere os princípios do SUS no que tange a coletividade e a equidade. Explica que ao privilegiar a

---

<sup>14</sup> Custo-efetividade: Análise econômica completa, no âmbito da saúde, que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos, em unidades clínico-epidemiológicas (BRASIL, 2013).

dimensão individual do direito à saúde em detrimento do coletivo, desconsidera a premissa de que saúde deve ser assegurada por meio de políticas públicas e não por via de ações judiciais.

Em conformidade, para Silva (2011), é evidente que a garantia do direito à saúde determinado pela CF (BRASIL, 1988), deve ocorrer por meio de políticas públicas sociais e econômicas, mediadas pelo poder legislativo e não por decisões judiciais. Inclusive, para o autor, a interferência do Poder Judiciário na possibilidade de concretização do direito à saúde, de modo imparcial, sem a intercessão legislativa, vai contra o que é deliberado no art. 196.

O princípio da equidade também é violado pela judicialização da saúde. As ações judiciais de saúde promovem a distinção entre os indivíduos, uma vez que, criam dois nichos de cidadãos. De um lado, os que se valem das liminares, geralmente os mais favorecidos, e do outro lado, aqueles que aguardam nas filas de espera do SUS os trâmites burocráticos para iniciar ou dar continuidade aos tratamentos, ou ainda para obter acesso a determinados serviços de saúde de que necessitam (DINIZ, 2015). Andia e Lamprea (2019) apontam a inequidade como uma das mais graves implicações no cenário da judicialização da saúde nos países latino-americanos. Isto é, as ações judiciais promovem a desigualdade na alocação de recursos ínfimos de saúde.

Na mesma perspectiva Uberoi (2020), explica que os litígios de saúde ferem o princípio da equidade por consentir reivindicações dispendiosas para salvar vidas sem considerar as limitações de recursos públicos. Cabe ressaltar que o princípio da equidade consiste em tratar desigualmente os desiguais, em outras palavras, significa proporcionar recursos desiguais (maior investimento) onde haja maior carência (aos desiguais). Portanto, os formuladores de políticas devem prover serviços de saúde distintos e/ou aprimorados àqueles que apresentam maiores necessidades (ZAGO et al., 2016; ANDIA, LAMPREA, 2019; BRASIL, 1990).

Notavelmente, o debate sobre a judicialização da saúde é prolífico e polarizado. Aqueles que concordam e defendem os litígios de saúde argumentam que essa estratégia promove a igualdade de saúde, uma vez que, proporciona aos indivíduos pobres tratamentos de saúde que muitas vezes, já são até cobertos pelo sistema público, porém, gerido de forma inadequada. Em contraste, outros, argumentam que as ações judiciais por direitos à saúde fomentam a desigualdade no sistema por meio de desvios de fundos e recursos que beneficiariam os mais pobres, em detrimento de tratamentos caros que privilegiam, muitas vezes, grupos economicamente favorecidos que têm acesso aos tribunais (GARCIA, 2018).

Essas questões reverberam outro importante conflito, que é a da figura central dos magistrados no poder decisório referente às questões de saúde.

O judiciário não possui conhecimento técnico suficiente para decidir questões específicas de saúde, e os juízes não podem ser vistos como prescritores de medicamentos. Ao intervir na gestão da saúde, o Judiciário está, em última instância, interferindo na estrutura do SUS e na lógica estabelecida no sistema de saúde. Causam-se, assim, distorções ao favorecer o individual, muitas vezes causando escolhas de Sofia, ou seja, para permitir um benefício a uma determinada pessoa, terá de retirá-lo de outra (GOMES, *et al*, 2014, p. 148)

No mesmo sentido, Amaral (2001), discute sobre a falta de condições dos magistrados em avaliar as consequências universais da realocação dos recursos públicos financeiros e humanos em privilégio da ação individual. Para o autor é invariável o prejuízo à coletividade.

Há ainda críticas sobre o ativismo judicial em especial no âmbito do direito à saúde. Os indivíduos que se manifestam contrários ou descontentes com o protagonismo do poder judiciário temem a “Judiciocracia, da criação de um super Poder Judiciário, do governo dos juízes”. Argumentam que o governo deve ser das leis e não dos homens, e que o Judiciário não tem legitimidade, uma vez que os juízes não são escolhidos democraticamente pelo povo (SCHULZE, 2019, p. 52). Para Junckes (2020), o ativismo judicial é uma consequência da judicialização, decorrente da omissão do Poder Legislativo e Executivo em cumprir e efetivar os princípios e direitos Constitucionais, a exemplo o direito à saúde. Essa situação provoca o excesso de demandas ao judiciário, que conseqüentemente, contribui para expansão do Poder Judiciário, tornando o juiz legislador.

Caruggi (2011) esclarece que o termo judicialização pode gerar uma noção deturpada de que o judiciário estaria invocando para si, o Poder de decidir questões pertinentes à saúde, em detrimento da atuação dos demais poderes (Executivo e Legislativo). Assim sendo, o autor evidencia que a Judicialização não tem outra perspectiva senão a de cumprir a missão constitucional do Poder Judiciário, objetivando mitigar os problemas da sociedade.

Vieira (2008), Gómez-Ceballos et al. (2019) e Lamprea (2017) enfatizam que o fornecimento de medicamentos, insumos e tratamentos concedidos por via judicial tende a privilegiar uma parcela minoritária da população que obtém maior recurso financeiro para custear honorários advocatícios, em detrimento daqueles que têm menores condições. Logo, a judicialização da saúde pode introduzir fatores que maximizam a desigualdade na distribuição dos benefícios e recursos à saúde, além de aumentar a iniquidade do sistema. Essa preocupação pôde ser razoavelmente amenizada pelo art. 19-Q, § 2º, I, da Lei 12.401 (BRASIL, 2011) que alterou a Lei 8.080 (BRASIL, 1990) tornando indispensável à

comprovação de "evidências científicas sobre a eficácia<sup>15</sup>, a acurácia, a efetividade<sup>16</sup> e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo" (BRASIL, 2011, p, 1).

Conscientes da importância, da magnitude e complexidade que envolve a temática da judicialização da saúde, o Poder Judiciário e as corporações, desenvolveram estratégias e dispositivos que os auxiliassem nessa jornada. A iniciativa tem como objetivos: melhor qualificar e subsidiar as decisões, oferecer celeridade nos processos, aprofundar as discussões sobre o tema e contribuir com a diminuição dos números de ações judiciais.

Em prol dos objetivos, são realizados fóruns, oficinas, audiências públicas, além da criação de importantes dispositivos legais (regulamentação, normativos e resoluções). Somado a isso, também foi desenvolvido o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJus), e o sistema S-Codes, idealizado e criado no estado de São Paulo, e posteriormente, sob a Resolução nº 20 de 27 de julho de 2017, internalizado e distribuído em todo território nacional (ARAÚJO; LÓPES; JUNQUEIRA, 2020; BRASIL, 2017).

Travassos (2012) concluiu em sua tese de doutorado que as ações judiciais da saúde apontam fragilidades nas políticas públicas de saúde, em especial, nas que asseguram os princípios do SUS. Para Gómez-Ceballos et al. (2019) a judicialização da saúde evidencia limitações das políticas de saúde, necessidade de mudanças nas diretrizes clínicas e nos programas de saúde. Sobre a efetivação das políticas públicas de saúde, Brasil (2010) ressalta que grande parte das ações judiciais não ocorrem por omissão absoluta do Estado no cumprimento das políticas de proteção ao direito à saúde, mas, no descumprimento de políticas já estabelecidas. Diante desse cenário, exaltando as políticas públicas de saúde, é possível sugerir que, embora as demandas judiciais sejam em sua grande maioria individualizadas, essas, de forma indireta, tendem a privilegiar mesmo que em pequeno grau, a coletividade.

Qualificando a discussão, Carvalho et al. (2020) destacam como desafios da judicialização: o conhecimento das principais causas que culminam nos processos judiciais, e a promoção de políticas públicas que atendam essas necessidades. Isso porque, na judicialização, embora as demandas em sua grande maioria se apresentem como individuais, podem constituir a necessidade de muitos outros cidadãos e, por isso, torna-se uma exigência coletiva. Portanto, para os autores a judicialização indica a necessidade de reestruturação e

---

<sup>15</sup> Eficácia: Grau no qual uma intervenção sanitária consegue melhorar a saúde de um indivíduo sob condições ideais de uso (BRASIL, 2013).

<sup>16</sup> Efetividade: Grau no qual uma intervenção sanitária consegue melhorar a saúde de um indivíduo sob condições reais de uso (*Ibid.*).

reorganização da oferta de políticas públicas, vislumbrando a diminuição das ações judiciais e consequentemente as despesas imprevisíveis nos orçamentos do Estado. Nesse sentido, Socal, Amon, Biehl (2020) chamam atenção para a escassez de estudos que examinam o potencial do litígio à saúde em nível comunitário, bem como, o reconhecimento do seu papel enquanto mecanismo de responsabilização e propulsor de arranjos institucionais mais robustos.

No mesmo sentido, Zago et al. (2016) explicam que a concessão exclusiva do benefício ao indivíduo demandante, em especial em países com recursos escassos, pode gerar injustiça diante do não provimento das mesmas necessidades de um expressivo número de pessoas. Portanto, para os autores, enquanto perpetuar o *modus operandi* da justiça de atendimento às necessidades individuais de saúde, sem a extensão equitativa do benefício aos demais portadores da mesma carência, as concessões continuarão a ampliar a injustiça e a inequidade.

Em conformidade, Schulze (2019) aborda sobre o direito à saúde e a dignidade humana. Geralmente a dignidade humana é invocada para justificar a concessão de um tratamento ou a aquisição de fármacos. Na visão do autor, a Dignidade da Pessoa Humana também tem como missão a tutela coletiva, pois, ao requisitar um tratamento ou medicamento não incorporado ao SUS, se concedido, pode atingir positivamente outros indivíduos que os necessitam. Dessa forma, Schulze (2019) conclui que as ações judiciais dessa magnitude seriam melhores fundamentadas e adequadas para a tutela da Saúde Coletiva e não individual.

Faz-se importante ressaltar que:

A dignidade como valor comunitário enfatiza, portanto, o papel do Estado e da comunidade no estabelecimento de metas coletivas e de restrições sobre direitos e liberdades individuais em nome de certa concepção de vida boa. A questão relevante aqui é saber em quais circunstâncias e em que grau essas ações devem ser consideradas legítimas em uma democracia constitucional (BARROSO, 2014, p. 88).

Barroso (2014) defende que o valor comunitário é um limitante da autonomia individual, pois o valor social está acima e além do valor e do desejo individual. O valor comunitário é o elemento social da dignidade humana referente ao indivíduo em relação ao grupo. Nesse contexto, a autonomia do indivíduo tende a sofrer algumas restrições em razão de valores compartilhados pela sociedade, em especial, pela forte característica do consenso social. Diante disso, é possível sugerir que essas perspectivas coadunam e reforçam os pressupostos do IBC e da GS que delinea este estudo.

Contudo os conflitos presentes na judicialização da saúde são multidimensionais e tendem quando solucionados, a afetar desastrosamente a outra parte. No entanto, em relação ao orçamento público, este será constantemente atingido, acarretando outros efeitos nocivos, especialmente à sociedade civil, sob pena de inviabilizar a gestão do SUS, como abordado na seção seguinte (FERREIRA, 2013).

### 3.2.5 Judicialização e os reflexos no orçamento brasileiro

A saúde por ser um direito fundamental e social do ser humano, tem provocado o aumento das ações judiciais. Conseqüentemente, provoca desordem no orçamento público, instabilidade no planejamento e financiamento dos serviços de saúde. Além disso, a necessidade de redistribuir os recursos financeiros para atender às decisões do judiciário em favor de quem o busca, também leva a constantes mudanças na implementação e execução das políticas públicas de saúde (Moro, et al. 2019).

As decisões judiciais interferem severamente na gestão da saúde e mais gravemente na gestão dos recursos à saúde. Os gestores são provocados a lidar com a garantia do direito social, sob determinação do Poder Judiciário, o qual, quase sempre contraria e compromete a pactuação e/ou o plano anual de saúde, a prestação da assistência, a logística e o orçamento referentes à saúde (CARVALHO, et al., 2020). Para Lamprea (2017), a epidemia de litígios de direito à saúde, ameaça à estabilidade financeira dos sistemas de saúde e a alocação justa de recursos escassos de saúde.

Reforçando o argumento, e associando-o crescimento exponencial das ações judiciais relativas à saúde, Barroso (2009, p. 4) afirma:

Tais excessos e inconsistências não são apenas problemáticos em si. Eles põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas [...].

Fleury (2012) corrobora, evidenciando que o fenômeno da Judicialização no Brasil é interpretado como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e execução do poder Executivo, além de configurar uma ameaça à ação dos gestores locais. É nesse cenário, carente de diálogo entre justiça/magistrados e gestores (reconhecidos como ocupantes

passivos nas demandas) que Nalini (2014, p. 6) conclama: “o Judiciário a pressupor vilania, e o setor afetado a afirmar que, juiz faz justiça no varejo e produz injustiça no atacado”.

Para Sousa (2020) a judicialização não é solução para alcançar a garantia ao direito de acesso à saúde, uma vez que, pode ocasionar grandes dificuldades no funcionamento e no planejamento em saúde e de importantes órgãos do Estado, levando ao não cumprimento do acesso igualitário e universal ao cidadão, conforme postulado na CF (BRASI, 1988). A Lei Orçamentária Anual (LOA) estabelece os recursos, receitas e despesas destinadas à saúde que serão aplicadas e distribuídas no ano subsequente à sua elaboração e aprovação. Desse modo, as determinações judiciais que impetram os gastos públicos, exigem o deslocamento ou realocamento de recursos que seriam aplicados em outras ações e serviços, inferindo no direito de alguns para assegurar um direito particular.

Igualmente, Paixão (2019) explica que o conflito que permeia as ações judiciais relativas à saúde não se restringe entre o direito à saúde e o dever de responsabilidade do Estado. Entre o direito à saúde de alguns pacientes contra o direito à saúde dos outros, a retirada de recursos públicos para atender às demandas judiciais da saúde privilegia o autor da ação ao mesmo tempo em que penalizam a coletividade.

Buíssa, Bevilacqua e Moreira (2018, p. 39) a esse respeito, ponderam:

Por conta dessa escassez de recursos públicos a serem usados nesta área, e da necessária ocorrência de “escolhas trágicas”, tem-se buscado uma limitação no âmbito das decisões judiciais exaradas, o que se deu com a importação da teoria alemã da “reserva do possível”.

Sobre a teoria da reserva do possível, Buíssa, Bevilacqua e Moreira (2018) explicam que os direitos sociais são efetivamente prestados conforme a capacidade financeira do Estado. O fato de esses direitos serem financiados pelos cofres públicos é necessário considerar a capacidade orçamentária do Estado, as possibilidades jurídicas e a capacidades dos entes federados para a garantia desse direito.

De acordo com o levantamento do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) no cenário da judicialização, o protagonismo é da atenção hospitalar e da assistência farmacêutica. Esse fenômeno pode estar associado à cultura hospitalocêntrica e curativista hegemônica da população, associado aos significativos avanços tecnológicos tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica (CONASS, 2018). Corroborando esse achado, Brasil (2018) aponta que as litigâncias à saúde no Brasil versam predominantemente sobre os mecanismos

curativos da saúde (fármacos, tratamentos, insumos, leitos, etc) e, em menor quantidade na perspectiva preventiva (vacinas, exames, etc).

O principal reflexo da judicialização na saúde é o aumento dos gastos pelos governos para o cumprimento das ações. Segundo o Comitê de Saúde do CNJ do Rio de Janeiro, os gastos do Ministério da Saúde com a judicialização aumentaram 4.600% de 2007 a 2018. Somente no ano de 2016 o MS investiu R\$ 1.157.357.425,35 no atendimento a 1.262 pacientes. Em 2018, estimou-se que tenha sido gasto R\$ 1,3 bilhões para o cumprimento das ações judiciais (MOROZOWSKI, 2019). Segundo Yamin e Gloppen (2011), com base no cálculo da litigância *per capita*, o Brasil, apresentou média de 206 processos por milhão de habitantes.

De acordo com o Portal da Transparência, no ano de 2018 o orçamento público destinado à saúde foi de R\$ 121,86 bilhões de reais. Considerando a estimativa de R\$1,3 bilhões gastos com processos judiciais à saúde no mesmo ano, o Brasil estaria alocando cerca de 1,06% do seu orçamento no tratamento da judicialização da saúde. Esse montante, relativamente pequeno, diante do orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes capaz de impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais. Esse recurso poderia ainda estar sendo investido em políticas do SUS, de forma equânime, integral e universal, de modo que privilegie todos os cidadãos (BRASIL, 2021, CNJ, 2019).

Segundo Fogaça, *et al.*, (2021) é imprescindível que o Poder judiciário, na figura central da materialização das políticas públicas de saúde nesse cenário, compreenda que o Estado não tem condições financeiras de prover todos os tratamentos requisitados pelos cidadãos. Isso se dá, em razão da escassez orçamentária, pois, toda concessão implica em custos. Cumpre ressaltar que, os proventos recursais desse órgão (saúde) são finitos e previamente planejados, enquanto, as necessidades da população são infinitas e imprevisíveis (HAERTER, 2016; *Ibid*, 2021). Os gastos não planejados advindos das decisões judiciais podem provocar efeitos deletérios no sistema público de saúde, sob pena de inviabilizar a gestão do SUS e ameaçar a sustentabilidade do mesmo, bem como, deixar de garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário ao sistema público de saúde (*Ibid*, 2021).

Torna-se oportuno refletir sobre o modelo orçamentário da saúde no Brasil e seus desdobramentos. É definido no pela CF (BRASIL, 1988) e, constituído por três instrumentos de planejamento e orçamento, sendo eles: Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). O PPA apresenta vigência de quatro anos,

tendo como função o estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. A LDO é elaborada anualmente com objetivo de estabelecer prioridades e políticas públicas do governo para o exercício seguinte. Já, a LOA tem entre outros objetivos, estimar a receita e definir a programação dos dispêndios para o exercício financeiro. Em síntese, a LDO é o instrumento de inter-relação entre o PPA e a LOA, uma vez que identifica no PPA as ações prioritárias (plano de médio prazo), e a LOA viabiliza a execução do plano de trabalho (BRASIL, 2013).

Diante disso, fica evidenciado que os gastos inesperados e imprevisíveis provindos das ações judiciais da saúde debilitam os investimentos nos demais serviços de saúde e áreas afins, especialmente pela realocação dos recursos. Violam a reserva do possível e a reserva orçamentária, além de oferecer riscos as políticas públicas de saúde e as diretrizes do SUS. Portanto, conhecer, reconhecer e tratar as motivações que desencadeiam os excessivos litígios à saúde é de extrema importância para que se promovam mudanças sólidas nesse cenário. Essas causas estão descritas a seguir.

### 3.2.6 Motivações da judicialização

Majoritariamente estudos apontam como principal assunto reivindicado nas ações judiciais relativas à saúde: o fornecimento de medicamento, seguidos por tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamento (VIEIRA, 2020; CARVALHO et al. 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019; BRASIL, 2005; NETO, GONÇALVES, ANDRADE, 2018; XAVIER, 2018; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2017; ZAGO et al., 2016).

Ferraz (2019) realça que a judicialização da saúde não é motivada pelas principais fragilidades do SUS. Raramente há reivindicações sobre o subfinanciamento, o subdesempenho, sobre as desigualdades da atenção primária e os determinantes da saúde, sentidos principalmente pelos mais desprovidos de recursos financeiros. Pelo contrário, as demandas concentram-se na solicitação de medicamentos e tratamentos de alto custo. O autor alerta que essas medicações, não incorporada nas políticas do SUS, já foram analisadas e rejeitadas por falta de evidências de segurança, eficácia e/ou custo-efetividade<sup>17</sup> pela OMS.

---

<sup>17</sup> Custo-efetividade: Análise econômica completa, no âmbito da saúde, que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos, em unidades clínico-epidemiológicas.

Sobre os medicamentos, Brasil (2005) aponta que as ações judiciais são motivadas para reivindicar o acesso a medicamentos e exames ainda não incorporados pelo Sistema Único de Saúde, ou ainda medicamentos que estão em faltas na rede pública. Carvalho et al. (2020) em consonância, apontam que a maior parte das demandas judiciais reivindicam fármacos de altos custos não disponibilizados pelo SUS. No entanto, as ações judiciais de medicamentos que já são disponíveis no SUS, pode ser um indicador de fragilidades administrativas do sistema de saúde.

Lamprea (2017) descreve sobre a crescente farmacologização dos litígios de direito à saúde no Brasil, na Colômbia e Costa Rica. Em especial no Brasil, o gasto com serviços de saúde requeridos por litigantes se concentra em fármacos biotecnológicos de alto custo, não necessariamente econômico, para tratamento de doenças crônicas, raras, não fornecidos pelo SUS e nem pelos planos de saúde. Países que apresentam sistemas de saúde baseados em mercados de seguros apresentam cenários diferentes. Regev e Ser (2019) apontam que em Nova York a tendência de litígios referentes à saúde, são majoritariamente motivados por negligência médica. Estudos de natureza semelhante realizados na França, New Haven, Westlaw e Roma, sugerem predominância de litígios à saúde relacionados à pós-procedimentos médicos cirúrgicos, denominado por alguns autores como a “crise da imperícia” (PIOGER et al., 2020; LINSSEN et al., 2019; ELTORAI, 2019; TREGLIA, 2021; LA RUSSA, 2021).

No Estado do Tocantins, no ano de 2019, foram registradas 4.481 solicitações de ações e serviços de saúde pelo NatJus. Deste montante, 2.443 (55%) dos processos correspondem a procedimentos em geral (cirurgia, consultas, exames, insumos de enfermagem e fisioterapia, radioterapia, TFD – Tratamento Fora Domicílio, UTI, órteses e prótese, entre outros). A reivindicação por medicamentos, alimentação especial e insumos farmacêuticos, corresponderam a 45% ou 2.038 processos. Destes, 1.888 processos reivindicavam medicamentos, sendo 1.121 (59%) fármacos incorporados no SUS e 767 (41%) não incorporados ao SUS (ANDRADE, SILINGOWSKI, HENRIQUE, 2020). Esse cenário reforça o argumento de Carvalho *et al.* (2020), no qual a solicitação de medicamentos incorporados no SUS, sugere fragilidades no sistema de saúde.

Ventura, et al. (2010) concluíram em seu estudo que os principais argumentos de respaldo as ações judiciais favoráveis à aquisição dos medicamentos por parte do Estado, são: a prescrição médica individual, a hipossuficiência econômica e a urgência dos demandantes para o acesso aos fármacos. Numa outra perspectiva, Araújo (2019) constatou a prevalência de ações judiciais propostas por advogados privados, e proponentes, cidadãos

com alta formação científica e com condições suficientes para custear honorários advocatícios. Esses indivíduos representaram 59,61% das ações ajuizadas no seu estudo, seguido por 21,24% das ações judiciais, tendo como representante processual a Defensoria Pública. O mesmo fenômeno foi observado por Neto (2012), que constatou que 81,8% da representação processual ocorreu por advogados particulares, contra 10,7% representados pela Defensoria Pública.

Diante desse cenário é possível afirmar que a judicialização em especial nesses casos privados, não reivindica demandas igualitárias provocando assim, o aumento das iniquidades sociais. Isso porque, uma parcela significativa do orçamento público de saúde é deslocada para o atendimento e cumprimento dos interesses daqueles que não são os mais vulneráveis (NETO, 2012). No mesmo sentido, Marin et al. (2020), constataram que em Buenos Aires, ao longo de 15 anos, apenas 3,2% dos beneficiários que receberam a concessão do direito à saúde por meios legais, pertenciam a classe socialmente vulnerável. Posto isso, concluíram que as ações judiciais à saúde podem exercer papel inverso ao desejado, uma vez que, os recursos coletivos são realocados em sua maioria para o cumprimento de demandas específicas advindas do setor economicamente mais abastado da sociedade.

Ainda em relação à temática dos medicamentos, autores suscitam o interesse das indústrias farmacêuticas nesse cenário. Para Neto, Gonçalves, Andrade (2018), as indústrias farmacêuticas por meio dos seus *lobbys* disputam a preferência do maior e mais importante consumidor de medicamentos, insumos e serviços de saúde que é o SUS. Ventura et al. (2010) e Xavier (2018) acrescentam que o marketing comercial ou *lobby* exercidos pela indústria e comércio farmacêutico pressionam também os segmentos governamentais e sociais (pesquisadores, pacientes, prescritores) para incorporação de novos insumos, o que pode exercer papel importante no estímulo à demanda judicial.

Ventura et al. (2010) chamam atenção para forte dependência que os estados têm sob as indústrias farmacêuticas para o desenvolvimento de pesquisas clínicas e em relação ao custo da incorporação de novas tecnologias no sistema de saúde. Neto, Gonçalves e Andrade (2018) em um dos seus estudos, apontaram indícios de que a justiça e a medicina em Minas Gerais articularam-se, em determinados momentos, para atender aos interesses econômicos da indústria farmacêutica e introduzir no mercado brasileiro novos medicamentos. Diante disso, concluem que o aumento de processos judiciais por medicamentos estão associados também às pressões dos laboratórios.

A ineficiência do Estado em relação à saúde é também apontada como força motriz do fenômeno da judicialização do direito à saúde. De acordo com Medici (2014) segundo os

dados do Índice Bloomberg de Eficiência em Saúde, dos 48 países analisados, o Brasil ocupa a última posição. Portanto, como se pôde observar, são muitas as motivações que levam à judicialização da saúde, o que, teoricamente explica os números vertiginosos dos litígios de saúde, justifica o cenário devastador e os efeitos deletérios causados pelas excessivas ações judiciais. De maneira correlata, esse cenário, conclama estratégias e alternativas que contribuam para racionalização das demandas judiciais de saúde, bem como, para amenização dos conflitos e das consequências desse processo. Ademais, é nessa perspectiva promissora e cheia de esperança, que se sugere a incorporação da GS no contexto da judicialização da saúde, abordada na seção seguinte.

### **3.3 Judicialização da saúde e a gestão social**

Reconhecida a magnitude da temática em questão, associada à expansão vertiginosa dos números de ações judiciais inerentes à saúde, torna-se imprescindível à busca por estratégias de enfrentamento do problema com vista a diminuir as demandas e consequentemente privilegiar a sociedade e a dimensão orçamentária da saúde.

Como as demandas judiciais implicam na atuação da sociedade civil, que busca no Poder Judiciário a legitimidade de seus direitos consagrados na Constituição Federal, então, nada mais coerente do que promover a articulação dos atores sociais (sociedade civil) que atuam como demandantes, o Estado responsável pela política (Executivo) ou também por resolver os conflitos (Judiciário) e os profissionais de saúde que são envolvidos no atendimento ao indivíduo. A Lei 8.142 (BRASIL, 1990) favoreceu a gestão participativa do Estado, consolidou espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde através da criação de instituições participativas e democráticas - os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde para atuarem junto ao Estado de forma integrada. Esses espaços são importantes para continuidade e consolidação do direito à saúde, e, sobretudo para assegurar a horizontalização da relação Estado-sociedade (BRASIL, 2019). Esse, portanto pode ser um espaço privilegiado para tratar sobre a judicialização da saúde.

Garcia (2018) evidencia que a participação é um componente constituinte do direito à saúde no Brasil que visa garantir a participação dos cidadãos no planejamento, no monitoramento de programas, na distribuição e alocação justa de recursos. A autora chama atenção para o protagonismo da judicialização da saúde, representada pela concentração exacerbada de juristas e advogados num só aspecto da saúde: o papel dos tribunais em fazer cumprir o direito à saúde, enquanto, a participação, parte integrante da Constituição, e

componente-chave do direito à saúde vêm sendo deslembada. Portanto, o direito constitucional: a participação favorece a igualdade de acesso aos serviços de saúde e preserva o direito à saúde de todos. Não obstante, Dallari (2018), menciona a ideia da democracia sanitária, que consiste na participação da sociedade civil nas tomadas de decisão referentes à saúde pública. Logo, incluir o cidadão nesse processo, promove mudanças e justiça social, preceitos esses, que integram o projeto político constitucional brasileiro.

Numa outra perspectiva, Garcia (2018) trata do papel dos tribunais frente à participação popular. Expõe que, a participação deve ser considerada uma condição processual na construção de políticas públicas, e que os tribunais devem constituir “locais de avaliação” para aferir se e como os processos de elaboração de políticas integram a participação. Por fim, a autora conclama a necessidade de uma nova perspectiva na participação do cidadão para que se obtenham avanços na realização e consolidação do direito à saúde no Brasil.

Pelo conjunto de circunstâncias intrínsecas referentes à saúde, como sua mutabilidade, fundamentalidade, essencialidade, multidimensionalidade, e por ser ainda indispensável à formação, desenvolvimento, manutenção e sobrevivência da vida humana com dignidade, é plenamente justificável e inquestionável que a mesma e suas extensões sejam objetos de debate democrático inerente a toda sociedade (MAGGIO; DALLARI, 2017).

É nesse cenário, considerando a definição de Cançado, Tenório e Pereira (2011, p. 697) já descrita anteriormente (item 4.1) que a GS pode ser uma estratégia essencial para o contingenciamento do avanço das demandas judiciais à saúde. Diversos autores frequentemente sugerem a solução compartilhada e dialogada, com diferentes arranjos, como um caminho menos açodado na tomada de decisões que diz respeito à judicialização da saúde, além de privilegiar a discussão coletiva sobre a ineficiência na gestão da saúde a fim de conter o avanço das ações judiciais (ARRUDA, 2017; ASENSI, PINHEIRO, 2016; MASSÁU, BAINY, 2014; NOGUEIRA, CARVALHO, DADALTO, 2017; MAPELLI, 2015; D’ESPÍNDULA, 2013; MARÇAL, 2012; OLIVEIRA et al., 2015; PEPE et al., 2010; VERBICARO, SANTOS, 2017).

Não diferente, Ramos et al. (2017) acrescentam que é fundamental que todos envolvidos e atingidos no contexto da judicialização, como juízes, promotores de justiça, sociedade civil, gestores de saúde, operadores de direito, membros da academia, sanitaristas, entre outros, discutam o assunto e proponham soluções conjuntas a fim de amenizar o conflito sociopolítico existente. Igualmente, o CNJ (2021) citou a cooperação e a articulação interinstitucional como estratégias capazes de colaborar para o equilíbrio desse cenário.

É importante ressaltar que, por meio da Resolução nº 107 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010) foi instituído o Fórum Nacional do Judiciário em resposta ao reflexo do elevado número e ampla diversidade de litígios associados ao direito à saúde, bem como suas consequências, em especial ao forte impacto dos dispêndios ao orçamento público. Nesse sentido, cabem ao Fórum Nacional do Judiciário entre outras importantes funções, o monitoramento e resolução das ações judiciais, a proposição de medidas concretas e normativas que visam à otimização dos processos, bem como, a prevenção de novos conflitos relacionados à saúde. Não obstante, ainda segundo a Resolução nº 107 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010) é atribuído ao Fórum Nacional do Judiciário a elaboração de estudos e propostas para o aperfeiçoamento de procedimentos que reforçam a efetividade dos processos judiciais, e a definição de estratégias relativas ao direito sanitário.

Inicialmente, na primeira versão da referida Resolução, art. 4, a sociedade civil era claramente excluída da participação dos Fóruns Nacional do Judiciário, sendo eleitos para integração ao Fórum: os magistrados atuantes nas unidades jurisdicionais que tratem de temas referentes ao objeto de sua atuação, podendo esses, convidar autoridades e especialistas com atuação nas áreas correlatas para auxiliá-los. Esse grupo de especialistas era construído especialmente por profissionais do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Federal, dos Estados, das Defensorias Públicas, da Ordem dos Advogados do Brasil, nas Universidades e de outras instituições de pesquisas.

Entretanto, a Resolução nº 238 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016), considerando a Resolução nº 107 (*ibid*), resolve em seu art. 1º:

Os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais criarão no âmbito de sua jurisdição Comitê Estadual de Saúde, com representação mínima de Magistrados de Primeiro ou Segundo Grau, Estadual e Federal, gestores da área da saúde (federal, estadual e municipal), e demais participantes do Sistema de Saúde (ANVISA, ANS, CONITEC, quando possível) e de Justiça (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública, Advogados Públicos e um Advogado representante da Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil do respectivo Estado), bem como integrante do conselho estadual de saúde que represente os usuários do sistema público de saúde, e um representante dos usuários do sistema suplementar de saúde [...] (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016, p. 1).

Embora tenha havido um pequeno avanço da participação da comunidade no Fórum Nacional do Judiciário representado por um integrante do Conselho Estadual de saúde, pode-se afirmar que a representatividade da sociedade civil no que tange a judicialização da saúde, ainda é muito embrionária, o que faz da GS, uma possibilidade para o enfrentamento desse cenário devastador.

A GS como caminho de enfrentamento da judicialização da saúde pode ser valorizada nas mais diversas dimensões da problemática. Dentre elas, há a possibilidade de tornar mais célere e possivelmente mais justos e coerentes os processos já judicializados, em andamento, com a promoção periódica de fóruns, reuniões, chats ou conferências (conforme disponibilidade e custo x benefício) para discussão entre os atores envolvidos no processo (sociedade civil, gestores da saúde, magistrados, conselheiros, colaboradores do segmento de finanças públicas) celebrando o conhecimento multidisciplinar para uma decisão melhor fundamentada.

É possível sugerir a criação de aplicativos para consulta e acompanhamento do trâmite processual, assim como, orientação e discussão aos apelantes (autor da ação judicial) privilegiando a transparência do processo a comunidade, bem como o acesso universal da população em especial de áreas remotas, uma vez que nem todos os municípios disponibilizam poder judiciário.

Contudo, a partir da legitimação dos direitos sociais e o avanço dos mecanismos participativos e democráticos, a GS tornou-se uma estratégia fundamental no tratamento da judicialização da saúde, uma vez que através dela, é possível decidir coletivamente políticas que visam atender as necessidades reais da população respeitando a propinquidade, diminuindo a procura do judiciário para resolução das demandas de saúde individuais, além de privilegiar as necessidades coletivas e de evitar o descontrole orçamentário da saúde.

A próxima seção tratará dos aspectos metodológicos e procedimentais da pesquisa.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção será detalhada a descrição geral da pesquisa, a caracterização de sujeitos e amostra, os instrumentos utilizados, além dos procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo participativo de abordagem qualitativa que busca compreender as expectativas e perspectivas dos atores sociais da judicialização da saúde - magistrados, gestores da saúde (secretários municipais de saúde) e acadêmicos do curso de direito em relação a esse fenômeno.

Apoiada em Minayo (2009, p. 57), a abordagem qualitativa é aquela que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam”. Para a autora, a pesquisa qualitativa funda-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da narrativa ou da exposição da experiência humana, de como ela é vivida e definida pelos autores. Ressalta que é imperioso e indispensável compreender os determinantes sociais que conduzem e envolvem a vida desses sujeitos. Dito isso, a autora julga que as abordagens qualitativas permitem compreender essa realidade que os números e/ou os dados estatísticos indicam, mas não revelam (MINAYO, 2009; 2014).

A pesquisa qualitativa tem por objetivo aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que se propõe investigar. O estudo da experiência humana ocorre por meio da interpretação do pesquisador diante da perspectiva dos próprios sujeitos da situação, grupos ou organizações em seu ambiente ou meio social. Nessa abordagem, geralmente, a representatividade numérica, as generalizações estatísticas e as relações lineares de causa e efeito não são características definidoras ou importantes do processo (MINAYO, 2014). Dito isso, considerando que o estudo buscou investigar as opiniões, percepções e os posicionamentos dos sujeitos, relativos ao fenômeno da judicialização da saúde, a pesquisa qualitativa se mostrou como uma abordagem adequada e em consonância com os objetivos que se pretendeu alcançar.

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que posiciona o pesquisador no mundo. Essa é uma definição inicial, universal de pesquisa qualitativa descrita por Denzin e Lincoln

(2006). Consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas capazes de dar visibilidade e transformar o mundo em abundantes representações, incluindo as conversas, entrevistas, notas de campo, fotografias, gravações e lembretes. A pesquisa qualitativa envolve a interpelação naturalista e a interpretativa, ou seja, os pesquisadores exploram os cenários naturais, buscando compreender ou interpretar os significados e sentidos que os indivíduos atribuem a eles.

Sobre o instrumento de coleta de dados, Minayo (*ibid*) cita a entrevista como a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo. É vista como uma oportunidade de diálogo, capaz de descrever e compreender a visão de mundo dos sujeitos participantes. É possível também, obter o entendimento mais íntimo e profundo das crenças, culturas, valores, atitudes e motivações dos atores sociais e dos contextos sociais próprios. Não obstante, a autora considera as entrevistas: uma conversa com um propósito final específico, caracterizadas de acordo com a organização em que se apresentam. Dentre os vários tipos de entrevista elencadas por Minayo (2014), destaca-se a Entrevista Semiestruturada. A entrevista semiestruturada apresenta-se em forma de roteiro, com perguntas predominantemente abertas, concebendo ao entrevistado maior possibilidade de expressar-se livremente sobre o tema em questão. Geralmente, as questões fechadas se limitam a identificação ou classificação.

A entrevista, segundo Minayo (2009), privilegia a obtenção de informações por meio da fala de cada indivíduo e revela condições estruturais, sistema de valores, normas, símbolos, significados e denota representações de determinados grupos. Não obstante, a entrevista descreve e explica os fenômenos sociais, bem como, a compreensão de sua totalidade. Portanto, considerando os objetivos do estudo, optou-se por utilizar como instrumento de coleta de dados a Entrevista Semiestruturada, cujo sujeito participante discorre sobre suas experiências, vivências por meio de respostas livres e espontâneas, a partir do objeto principal proposto pelo investigador. A construção do roteiro de entrevista apoiou-se nas hipóteses e teorias que corroboram o estudo.

A opção da entrevista semiestruturada nesse estudo considerou também o formato dissertativo das questões, uma vez que, esse modelo permite acessar a opinião do sujeito sem direcioná-la ou restringi-la. Essa foi uma característica relevante para o estudo, considerando que os sujeitos constituem universos muito distantes e ocupam posições sociais díspares no cenário da judicialização. A amostra é composta ao mesmo tempo por defensores e efetivadores da lei na figura dos magistrados, e, ainda, por cumpridores, executores das leis e das políticas públicas, representados pelos gestores. Não obstante, a sociedade civil, que desempenha nesse cenário, o papel de querelante e sofre com os reflexos das decisões

judiciais e das eficientes ou ineficientes intervenções do Executivo. Dito isso, é fática a impossibilidade de inserir nesse contexto de perspectivas e representações sociais tão divergentes outro tipo de instrumento, que não a entrevista semiestruturada.

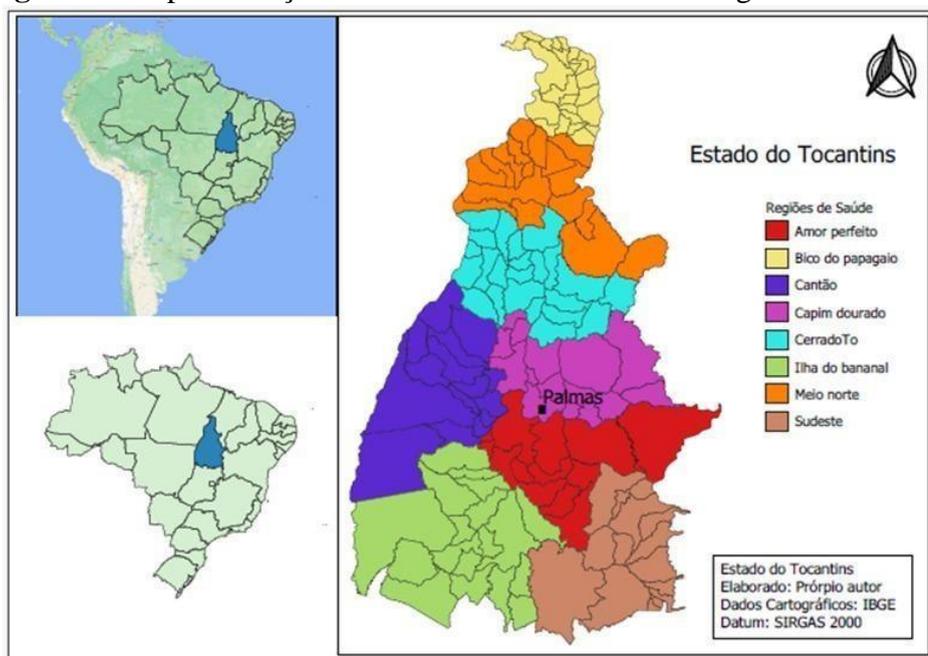
## **4.2 Área do estudo**

O Estado do Tocantins foi criado em 1988 e está localizado a sudeste da região Norte do país. Composto por 139 municípios, o estado apresenta população estimada em 1.607,363hab, sendo o quarto estado mais populoso dentre os nove da região Norte. A economia do Estado do Tocantins baseia-se nas atividades de agropecuária e comércio, tendo como rendimento mensal domiciliar per capita estimado em R\$ 1.060,00 reais. O estado possui o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – 0,699, e o quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita dentre os estados da região Norte: R\$ 25.021,80, ocupando o 14º entre os estados do país (IBGE, 2021).

De acordo com o sítio do Tribunal de Justiça do Tocantins, o estado é composto por 40 comarcas, 104 juízes, 156 varas, juizados e serventias. O estado também apresenta 139 gestores municipais de saúde e, 13 Instituições de Ensino Superior que ofertam o curso de direito.

Conforme Resolução CIB-TO nº 161/2012, o Estado do Tocantins é composto por oito Regiões de Saúde, sendo essas: Capim Dourado (abrangendo 14 municípios), Ilha do Bananal (18 municípios), Cantão (15), Amor Perfeito (13), Sudeste (15), Médio Norte Araguaia (17), Bico do Papagaio (24) e Cerrado do Tocantins Araguaia (23 municípios), como exposto na espacialização da figura 5.

**Figura 5** – Espacialização do Estado do Tocantins e as Regionais de Saúde



Elaboração própria

### 4.3 Sujeitos da pesquisa

Na pesquisa qualitativa, a amostra não se baseia em critérios numéricos, mas, aquela que reflete às múltiplas dimensões da totalidade (MINAYO, 2009). O estudo apoiou-se em critérios que abrangessem os vários ângulos e percepções do cenário da judicialização da saúde, a fim de compreender a multidimensionalidade do fenômeno. Para tanto, foram eleitos sujeitos com atributos que a pesquisadora pretendia conhecer e posições sociais importantes no cenário da judicialização da saúde, possibilidade de reincidência das informações, sem deixar de valorizar as informações ímpares, além da garantia de abrangência na diversidade de informações e de sujeitos informantes com intuito de apreender semelhanças e diferenças.

A população do estudo foi composta por representantes de três eixos envolvidos no processo da judicialização de saúde no Estado do Tocantins. O Poder Judiciário, representado pelos magistrados, Poder Executivo, na figura dos gestores da saúde e a Sociedade Civil<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Em relação à Sociedade civil representada pelos acadêmicos do curso de direito, cumpre esclarecer que esse grupo não representa a sociedade civil na sua totalidade. No entanto, no cenário do estudo, esboça a percepção de indivíduos que não ocupam cargos públicos e que até então, não atuam profissionalmente no contexto da judicialização da saúde como os demais sujeitos participantes do estudo. Portanto, os acadêmicos do curso de direito, representam uma parcela ou fração da sociedade civil que no futuro tem a perspectiva de atuar diretamente na temática.

Ainda sobre a Sociedade Civil, para Hegel (1998), sociedade civil é a passagem da sociedade pré-política para sociedade política. Como a sociedade civil é a antítese da família (a comunidade), o Estado é a síntese espiritual da sociedade pré-política - “natural” - (família/comunidade), com a sociedade civil - “artificial”. Em termos

representada pelos acadêmicos do curso de direito do estado do Tocantins. A escolha do público pautou-se na valorização da figura dos sujeitos no processo da judicialização, cujo, os juízes responsáveis pelo julgamento das ações judiciais relativas à saúde submetidas ao Poder Judiciário. Os gestores de saúde, competentes por executar, formular políticas públicas, gerir o orçamento público, entre outros. E não menos importante, a sociedade civil por serem esses, os demandantes dos litígios de direito à saúde, os mais atingidos pela precariedade do sistema de saúde e pela representação importante na formulação e fiscalização das políticas públicas.

É interessante explicitar, que os defensores públicos do Estado do Tocantins, foram contatados para participação do estudo, uma vez que, possui papel de extrema importância na representação da sociedade, em especial a classe economicamente desfavorecida nas ações judiciais relativas à saúde. No entanto, foi concedida a carta de anuência autorizando a pesquisa no órgão, porém, após o envio dos questionários, não se obteve nenhum retorno, ou questionário respondido. Foram realizadas ainda várias tentativas de contato, mas sem sucesso de adesão e captação desse público a pesquisa.

Os indivíduos participantes do estudo correspondentes aos eixos citados foram escolhidos aleatoriamente, conforme disponibilidade dos endereços eletrônicos para contato disponíveis nos sítios dos órgãos relacionados à sua área de atuação. No caso dos secretários de saúde, por exemplo, foram visitadas as páginas eletrônicas das respectivas secretarias municipais de saúde ou prefeituras. Após a coleta de e-mails e/ou telefone, foi estabelecido contato, e posteriormente enviado o questionário. Participaram deste estudo apenas secretários de saúde do estado do Tocantins em exercício, sendo esse, o critério de inclusão aplicado a esse público. Cabe ressaltar que, para preservação do anonimato do sujeito, não é possível identificar os gestores, e nem os municípios em que atuam.

Não muito diferente, para os acadêmicos do curso de direito, o contato ocorreu também por e-mail disponibilizado nos sites das Instituições de Ensino Superior (IES), por intermédio dos coordenadores de curso. Por meio desse contato, foi enviado o roteiro de entrevista da pesquisa, juntamente com o link de acesso ao questionário, e solicitado ao

---

hegelianos, é possível afirmar que o Estado é o sujeito da história, cabendo à sociedade civil o papel secundário de predicado.

Na visão de Gramsci (1999-2001), sociedade civil é entendida como um conjunto de organismos habitualmente ditos privados. Considera-a uma arena privilegiada da luta de classes, uma esfera do ser social em que se dá uma intensa luta pela hegemonia e, precisamente por isso, não é o 'outro' em relação ao Estado, mas – junto com a sociedade política, isto é, o 'Estado-coerção' – um dos seus inelimináveis momentos constitutivos.

Segundo Bresser (2017, p. 175), Sociedade Civil é a forma de sociedade na qual o peso de cada um de seus membros corresponde ao seu capital, ao seu conhecimento e à sua capacidade de organização e comunicação. Não obstante, Sociedade Civil é a sociedade politicamente organizada, mas cujos objetivos principais são a liberdade, a justiça social e a proteção do ambiente natural.

coordenador o repasse ou disparo dos mesmos aos acadêmicos do curso de direito da sua IES. Aplicou-se como critério de inclusão a esse público, estar devidamente matriculado numa Instituição de Ensino Superior (IES) no estado do Tocantins.

Quanto aos magistrados, por constituírem grupos vultosos de indivíduos, foram abordados aleatoriamente, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Segundo o sítio do Tribunal de Justiça do Tocantins, o estado é constituído por 113 juízes, 41 comarcas e 157 varas, juizados e serventias. O critério de inclusão aplicado aos juízes foi de estarem em exercício no cargo de Juiz nas varas cíveis da Seção Judiciária do estado do Tocantins.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, adotou-se um código alfanumérico para identificação de cada um deles. A saber: GS – gestores de saúde; MGS – magistrados; AD – acadêmicos de direito. Foi acrescentado à frente dos códigos, numeração arábica na ordem em que os questionários se apresentaram no aplicativo de pesquisa *Google forms*, ou seja, na medida em que foram preenchidos e devolvidos. Exemplos: GS1, GS2, GS3 e assim por diante; MGS1, MGS2, MGS3, sucessivamente e por fim AD1, AD2, AD3 progressivamente.

Para delimitação da amostra dos sujeitos da pesquisa foi aplicado o método de amostragem por saturação, descrito adiante.

#### **4.4 Instrumentos de coleta de dados: entrevista eletrônica (e-interview)**

Considerando o cenário pandêmico provocado pelo COVID-19 no período de execução do estudo, o percurso metodológico necessitou passar por algumas alterações a fim de viabilizar a pesquisa, em especial na coleta de dados exigindo um formato não presencial. No cenário atual, é crescente e difuso o emprego das tecnologias de informação (TIC's) nas pesquisas qualitativas, principalmente na coleta de dados, por meio das entrevistas assíncronas por e-mail, ou entrevista eletrônica, ou e-interview. É evidente o potencial dessa estratégia nos estudos baseados na experiência de participantes acadêmicos, em ambientes profissionais geograficamente difusos, ou ainda, em situações em que a interação face a face não seja possível, como no caso da pandemia causada pelo COVID-19 (AMRI; ANGELAKIS; LOGAN, 2021).

Dentre as vantagens da entrevista assíncrona por e-mail, destacam-se: a) anonimato, b) viabilidade, custo e tempo, c) qualidade e precisão dos dados, d) superação das barreiras referente a idiomas, e) amostragem e inclusão de participantes, f) acesso remoto e contato

capaz de transcender fronteiras geográficas, g) oportunidades para estudos ou pesquisadores com poucos recursos, h) *backups* e, i) a transcrição da entrevista que se configura num subproduto natural (AMRI; ANGELAKIS; LOGAN, 2021; BAMPTON, COWTON, 2002; THIBAUT, s/d ). Por esses motivos, em consonância, Carvalho, *et al.*, (2017), Mondal, *et al.*, (2018), argumentam que a entrevista-eletrônica é um instrumento amplamente utilizado pela sua versatilidade e facilidade de aplicação.

A entrevista assíncrona por e-mail ou entrevista eletrônica, além de ser uma alternativa mais ágil e objetiva de coleta, é também, uma aliada na organização e processamentos dos dados da pesquisa. Antes, as entrevistas eram aplicadas majoritariamente em papel impressos, levados a campo e preenchidos manualmente pelos sujeitos da pesquisa ou pelo pesquisador. Posteriormente, os dados eram lançados em planilhas eletrônicas ou em *softwares* para análise estatística e validação. Esse processo se revela dispendioso uma vez que, exige a reprodução de cópias do roteiro de entrevista, com risco eminente de perda de documentos já preenchidos, possíveis erros na digitação dos dados, custos no deslocamento do pesquisador, e algumas vezes, o deslocamento culmina em desencontro ou insucesso. Por isso, se torna cada vez mais comum e imprescindível o emprego de técnicas assíncronas e eletrônicas no universo de pesquisa (CARVALHO, ET AL., 2017, MONDAL, ET AL., 2018).

No entanto, é possível também destacar alguns pontos negativos relacionados à assincronicidade da entrevista. Um deles consiste no atraso da comunicação entre os sujeitos envolvidos na pesquisa. A falta ou a demora de interação entre o pesquisador e o retorno do contato ou até mesmo das repostas dos sujeitos respondentes, pode variar de segundos, horas, dias ou ainda, nem haver retorno. O ponto controverso nessa situação é que, não necessariamente o pesquisado e o pesquisador precisam estar exclusivamente ao mesmo tempo, disponíveis para essa atividade, o que, já configura um benefício. Na assincronicidade as respostas dos sujeitos participantes apresentam-se mais ponderadas, reflexivas, bem articuladas, por terem mais tempo para reflexão, acesso a materiais de pesquisas e por serem desprovidos de espontaneidade (BAMPTON, COWTON, 2002).

Portanto, devido à pandemia associado à economia significativa de recursos em termos de tempo e financeiro e pela possibilidade de entrevistar sujeitos geograficamente distantes, visto que o estudo buscou alcançar gestores, magistrados e acadêmicos do Estado todo, optou-se pela entrevista assíncrona por e-mail. A entrevista eletrônica foi desenvolvida com auxílio do aplicativo de gerenciamento de pesquisas: *Google forms*® (formulários do Google®). Com o advento das tecnologias da informação e comunicação, associado à massificação do acesso a internet, o emprego de ferramentas eletrônicas em pesquisas acadêmicas tornou-se uma

prática corriqueira. Nessa perspectiva, os instrumentos de coleta e análise de dados se configuram nos formatos de escalas, formulários, entrevistas, questionários e testes validados ou produzidos pelos pesquisadores conforme os objetivos propostos no estudo (CARVALHO, et al. 2017).

Uma importante e difundida categoria de aquisição de dados assíncronos são os formulários *web*, nesse caso, o *Google forms*. O emprego de formulários *Web* nas pesquisas acadêmicas permite a elaboração, publicação e coleta de dados num curto espaço de tempo, além da utilização de interfaces interativas, tanto na coleta de dados como na apresentação dos resultados. O uso desse tipo de formulário favorece o pesquisador quanto à limitação do tempo, custo, distância, despesas, e acesso extracontinental, praticamente de forma instantânea. Isso porque, os formulários são difundidos rapidamente e com frequência por e-mails, *whatsapp* ou através de links pelo pesquisador ou repassados por terceiros (OLIVEIRA, JACINSKI 2019; MOTA, 2019).

Oliveira e Jacinski (2019) fazem inferências sobre a utilização do *Google Forms* como potencial estratégia de pesquisa e importante ferramenta tecnológica capaz de contribuir nos estudos qualitativos. O *Google forms* recolhe, armazena e organiza gratuitamente as informações de forma rápida e eficaz, além de, permitir a visualização das respostas em gráficos ou de forma bruta na planilha. A plataforma apresenta ainda variedades no estilo de perguntas, diferentes métodos de entrada de respostas, quebras de seção, exibição de imagens, vídeos, envios de arquivos, entre outros (OLIVEIRA, JACINSKI 2019; MOTA, 2019; MONDAL et al., 2018).

Os roteiros de entrevistas foram construídos segundo os objetivos dessa tese, com o auxílio da ferramenta tecnológica do *Google Forms*. Foi inserido como introdução do conjunto de questões, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A). Somente após o aceite do termo, o participante tinha acesso à próxima seção e/ou aba seguinte. A seção que continha o TCLE foi habilitada pela pesquisadora nas funções: “obrigatória” e “ir para a seção com base na resposta”, desse modo, a depender da escolha do participante, o mesmo era direcionado para as demais questões/abas, ou redirecionado para o fim do roteiro de entrevista, abortando sua participação no estudo, ao clicar em “enviar”.

Para o estudo, foram elaborados pela pesquisadora, quatro diferentes roteiros de entrevista contemplando separadamente as particularidades e peculiaridades de cada nicho de participantes da pesquisa (APÊNDICES B, C, D e E). Os roteiros de entrevista para os magistrados e gestores foram compostos exclusivamente por questões dissertativas. Já para os

acadêmicos do curso de direito, em especial, as questões foram mescladas entre dissertativas e múltiplas escolhas.

#### **4.5 Validação e confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados**

Há muito debate na seara das pesquisas qualitativas sobre os critérios de validação e confiabilidade dos instrumentos de dados. A validação de um instrumento de coleta de dados assegura a sua eficácia sobre os objetivos propostos. Orienta-se fortemente que pesquisadores recorram a instrumentos de coletas de dados já validados e/ou instrumentos já existentes aplicados anteriormente em estudos semelhantes, de modo que venha a facilitar o processo, e torná-lo mais seguro e eficiente (WESTMORELAND, *et al.*, 2000).

A construção do roteiro de entrevista deste estudo apoiou-se nos estudos de Segatto (2018), Moraes (2016), Diniz (2015), Mota (2017), além de artigos de periódicos acadêmicos, como o de Neto, Gonçalves e Andrade (2018); Neves e Pacheco (2017). As questões foram redesenhadas e readequadas com vistas a atender os objetivos propostos pela pesquisa. Após a produção do roteiro e com a anuência de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se com o início da coleta de dados, descritos nos itens seguintes.

#### **4.6 Procedimentos de coleta**

Os roteiros de entrevistas foram enviados aos participantes por e-mail no dia 20/07/2021. As coletas ocorreram entre os dias 20/07/2021 a 07/09/2021, totalizando assim, 49 dias disponíveis. Para os casos que não se obteve resposta (defensores públicos), ou baixa adesão (acadêmicos do curso de direito) foram realizadas quatro tentativas de contato, preferencialmente via telefone e e-mail, convidando para participarem da pesquisa, e retratando da importância da participação e contribuição no estudo. Em todos os e-mails enviados (quatro) foram também anexados os questionários. Salienta-se que antes desse período (procedimento de coleta), já havia sido estabelecido contato prévio com os órgãos e instituições participantes do estudo e, concedido o termo de anuência à pesquisa, ou seja, já tinham ciência da mesma.

#### **4.7 Abordagem dos participantes**

Os participantes, com exceção dos acadêmicos, foram previamente abordados por e-mail e/ou por telefone para apresentação e esclarecimento a respeito do estudo. Posteriormente, após manifestação positiva a participação da pesquisa, os formulários foram enviados via e-mail, pelo aplicativo de gerenciamento de pesquisas *Google forms*®. Excepcionalmente, aos gestores de saúde, mediante manifestação expressa, foi enviado também o *link* de acesso do questionário via *whatsapp*. Em todos os envios foi desabilitada a opção “coletar endereço de e-mails” a fim de preservar rigorosamente o anonimato do participante, desse modo, a pesquisadora não obteve informação ou conhecimento dos respondentes ou daqueles que deixaram de responder os questionários.

Quanto aos acadêmicos do curso de direito, primeiramente, foi estabelecido contato prévio com os coordenadores de cursos das Instituições de Ensino Superior do Estado do Tocantins, via e-mail institucional, de domínio público, disponibilizados nos sítios eletrônicos das próprias IES. Nesse momento, foi oportunizada a apresentação da pesquisadora, do orientador e coorientador, bem como, a exposição dos objetivos do estudo, da importância da participação e contribuição desse público para a pesquisa. No mesmo contato, foi também solicitado cordialmente aos coordenadores de curso o disparo do questionário de pesquisa para todos os acadêmicos do curso de direito das suas respectivas instituições. Para o estudo foram consideradas sete IES, por serem essas as que apresentavam endereço de e-mail público nas páginas eletrônicas da instituição.

Foram realizadas quatro tentativas de captação e adesão desse público. Entre o período de 19 de Julho a 07 de setembro de 2021, foram enviados às IES, precisamente três e-mails pela pesquisadora, e um e-mail pelo orientador, na esperança de obter maior participação dos acadêmicos no estudo. No entanto, obtivemos apenas 24 questionários respondidos. Diante disso, torna-se evidente a dificuldade de abordagem, captação, adesão e participação desse público.

Não muito diferente, foi realizado um contato prévio com a Defensoria Pública do Estado do Tocantins para também constituir o universo de participantes dessa tese, uma vez que, é de extrema importância o papel dos defensores públicos nos litígios de saúde, especialmente aos indivíduos de baixo nível socioeconômico. No primeiro momento, a defensoria pública do estado concedeu a anuência à pesquisa, manifestando-se interessados a contribuir com estudo por meio da participação. No entanto, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foi restabelecido contato, e o disparado do envio do formulário da pesquisa pertinente a esse nicho, a qual não obteve nenhuma resposta. Saliento que foram realizadas várias tentativas de contato via telefone, e-mail, *whatsapp*, todas sem sucesso.

Sobre esse cenário desolador para a pesquisadora, Carlomagno (2018) descreve sobre os desafios e os principais problemas na aplicação *online* de questionários. Dentre outros, o autor destaca a “não-resposta”. A “não-resposta” ocorre quando uma parcela de convidados a responder o questionário não o fazem, ou ainda, quando respondem apenas de forma parcial. Atribui-se a “não-resposta” o tamanho do questionário, em que, questionários menores aumentam as chances de respostas, a pouca familiaridade com as ferramentas tecnológicas impedindo o correto preenchimento, entre outras.

#### **4.8 Análise dos dados (técnicas e procedimentos)**

O método utilizado para apreciação dos dados foi o método de análise de conteúdo. Esse método tem sido amplamente difundido e empregado nas análises de dados qualitativos (SILVA; FOSSÁ, 2015). Segundo Vergara (2005) a análise de conteúdo é utilizada frequentemente para analisar conteúdos advindos de entrevistas, documentos, entre outros.

Com base em Bardin (2011, p. 48) o terreno, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo resumem-se a:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo é composta por três polos cronológicos ou fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (BARDIN, 2011).

A pré-análise é a fase da organização. É nesse momento que ocorre a sistematização das ideias iniciais e o planejamento da operacionalização das próximas etapas. Dessa fase, espera-se a definição dos documentos a serem submetidos à análise (*corpus*), a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Para isso, segundo Bardin (2011) sugere a leitura flutuante.

Na segunda fase (exploração do material), também chamado de categorização, são criadas as unidades de codificação. Bardin (2011, p. 133) afirma que “tratar o material é codificá-lo”.

Segundo Holsti (1969, p. 94):

A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

A organização da codificação implica em três escolhas, a) o recorte – escolha das unidades; b) a enumeração – escolha das regras de contagem; e c) a classificação e a agregação – escolha das categorias (BARDIN, 2011). A última fase (tratamento dos resultados), calcado nos resultados, o pesquisador busca torná-los significativos e válidos a partir da sua interpretação e inferências.

#### 4.8.1 Material coletado

Para coleta de dados, utilizou-se a plataforma de gerenciamento de pesquisas do *Google – Google forms* que recebe, processa, organiza e armazena os dados instantaneamente. Após o encerramento do período destinado à coleta de dados, foram impressas todas as respostas para então serem submetidas à análise. Foram gerados também por meio do *Google Forms* alguns gráficos que estão expostos a diante nos resultados e discussão.

Obteve-se 50 questionários respondidos, sendo, 24 representados pelos acadêmicos do curso direito, 12 dos magistrados e 14 dos gestores de saúde. Não se obteve resposta de defensores públicos, configurando uma das limitações do estudo.

#### 4.8.2 Fase de pré-exploração do material

Essa fase é o início da análise de conteúdo, que neste estudo, debruça nos moldes de Bardin (1994). A primeira fase consiste na leitura flutuante como já mencionado. Nesse momento, foi selecionado o *corpus* do estudo a ser analisado (questionários), e procedido com a leitura flutuante. A leitura do *corpus* tem como objetivo apreender e organizar de forma não estruturada ideias principais ou gerais, além de levantar aspectos importantes que subsidiarão as próximas fases.

#### 4.8.3 Seleção das unidades de análise

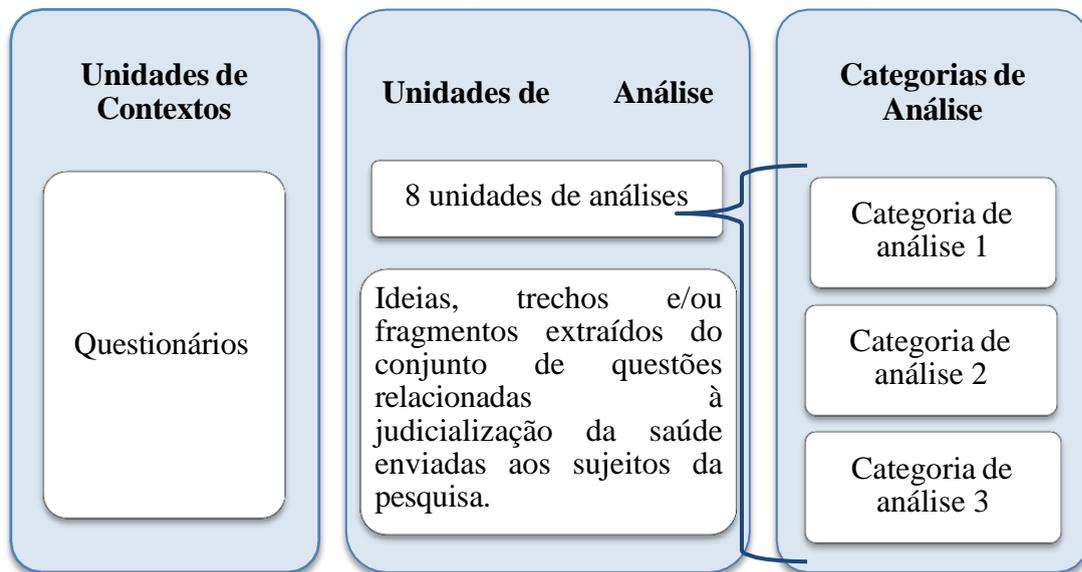
A unidade de análise é a unidade de significação codificada, e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade base, vislumbrando a categorização. A escolha da

unidade temática é uma conjunção de interdependência entre os objetivos da pesquisa, as teorias adotadas pelo pesquisador e ainda pelas teorias próprias desenvolvidas intuitivamente pelo investigador (BARDIN, 1994). Norteadas pelas questões e respostas dos sujeitos, são criadas pelo pesquisador hipóteses e objetivos da pesquisa que necessitam ser esclarecidas. As unidades de análise podem ser constituídas por palavras, palavras-tema, sentenças, frases, parágrafos, falas completas de entrevistas, questionários, diários ou livros. No entanto, as utilizadas com maior frequência são as palavras e temas (BARDIN, op. cit; DOWNE-WAMBOLDT, 1992).

Outra importante característica relacionada à definição das unidades temáticas expressas por Bardin (op. cit) é sobre as modalidades de agrupamento. São elas: por freqüenciamento ou quase-quantitativa, na qual se dá pela repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes; e ou por relevância implícita, que ocorre quando o pesquisador julga um tema importante ou relevante para o estudo, porém, não se repete nas respostas dos participantes.

Nesse estudo, optou-se pela análise de conteúdo por temas ou análise temática, extraídas a partir das respostas dos questionários representadas por frases, palavras e/ou palavras-temas. Apoiou-se nos objetivos do estudo e nas teorias já mencionadas na construção teórica do assunto, para nortear com clareza e transparência o delineamento das razões que motivaram a escolha das unidades de análises. Em relação ao agrupamento de conteúdos, aplicou-se no estudo o freqüenciamento (quase-quantitativa), uma vez que, foi observado a vasta repetição de termos, palavras e expressões. Assim, foi possível delinear oito unidades de análises (APÊNDICE R), que, posteriormente, deram origem a três categorias (Figura 2).

**Figura 2** – Esquema do processo de coleta e sistematização dos dados



Fonte: Elaboração própria

#### 4.8.4 Codificação ou categorização e subcategorização

A fase de categorização ou codificação consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguido pela redistribuição de grupos conforme o gênero (analogia). Em outras palavras, codificar é o processo por meio a qual os dados brutos são sistematicamente transformados em categorias. As categorias podem ser *a priori* ou *posteriori*. A *a priori* são categorias já pré-definidas pelo pesquisador, segundo experiência prévia ou de interesse próprio. A *posteriori* são aquelas que emergem totalmente do contexto da resposta dos participantes da pesquisa (BARDIN, 1994). Em relação ao processo de categorização, nesse estudo, as categorias utilizadas foram não apriorística, por emergirem do contexto das respostas dos participantes da pesquisa.

Bardin (*op. cit*) elenca alguns critérios de agrupamento que auxiliam no processo de categorização, são eles, semântico (categorias por temas ou temáticas), sintático (definidos a partir dos verbos, advérbios), léxico (classificação das palavras segundo seu sentido, sinônimos e ou sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações de linguagem). Isto posto, para o estudo, foi aplicado o critério de agrupamento semântico (por temas ou categorias temáticas) extraídas a partir das respostas dos questionários representadas por palavras ou palavras-temas

Para se obter um bom conjunto de categorias, Bardin (*op. cit*) elegeru cinco qualidades que devem ser consideradas na sua construção: 1) exclusão mútua – cada elemento deve

pertencer a apenas uma categoria, para isso, deve-se estabelecer regras claras de inclusão e exclusão para cada categoria; 2) homogeneidade: deve-se optar por um único princípio norteador para orientar a organização e estruturação das categorias (não ter aspectos muitos díspares entre si); 3) pertinência: as categorias devem estar alinhadas, adequadas, adaptadas e pertencerem ao material escolhido e as intenções do investigador e da investigação. A quarta característica é a 4) objetividade e fidelidade: as categorias devem-se manter inalteráveis, não passíveis de ser codificadas de forma diferente a depender da interpretação do pesquisador, refletindo a objetividade e fidelidade da categoria. E por fim a quinta característica, 5) produtividade, o conjunto de categorias devem apresentar e gerar bons resultados.

Não obstante, cada categoria deve vir acompanhada de uma descrição e/ou definição, concebendo a ela significação e sentido. Essas devem ser explicativas e elucidativas, explícitas aos leitores e ainda serem capazes de nortear o enquadramento e a distribuição dos dados coletados ou amostra (BARDIN, op. cit.; CARLOMAGNO, ROCHA, 2016).

#### **4.9 Delimitação da amostragem da pesquisa: procedimentos para constatar saturação**

A técnica empregada para determinação da amostragem da pesquisa foi à amostra fechada por saturação teórica. Trata-se de uma ferramenta conceitual que pode ser aplicada em investigações qualitativas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Esse método determina a amostra da pesquisa interrompendo a captação de novos sujeitos quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos expressam certa redundância ou repetição, considerando irrelevante a continuidade da coleta. Parte do entendimento que as informações fornecidas pelos novos participantes do estudo pouco acrescentariam ao material já obtido (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

No emprego da técnica a coleta e a análise dos dados ocorrem concomitantemente. A cada nova coleta de dados, o pesquisador deve realizar a análise para distinguir quais elementos que surgiram e quais se repetem (FALQUETO; HOFFMANN; FARIAS, 2018; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Fontanella, Ricas e Turato (2008) citam dois tipos de saturação, a saturação empírica e a saturação teórica. Para este estudo, será empregada a saturação teórica.

Falqueto, Hoffmann, Farias (2018) admitem que só haja:

Saturação teórica quando o pesquisador chega à conclusão de que a interação entre as atividades de pesquisa de campo (por meio da coleta de novos elementos) e a

percepção do investigador (por meio da codificação dos dados coletados) não mais fornecem elementos para balizar ou aprofundar a teorização.

Não obstante, Thiry-Cherques (2009, p. 23) menciona o ponto de saturação, e o define como “aquele em que o número de respostas não pode ser acrescido mediante o acréscimo no número de observações/entrevistas”.

Diante disso, com intuito de afastar o risco de uma excessiva subjetividade nos critérios empregados para constatação de saturação teórica como referido por Fontanella et al. (2011) e Strauss e Corbin (2008), seguir-se-ão os oito passos procedimentais (tabela 1) propostos por Fontanella et al. (2011) para constatação da saturação teórica.

Tabela 1 - Passos procedimental para constatação da saturação teórica

Passos	Descrição
Passo 1: disponibilizar os registros de dados “brutos”	Todos os pesquisadores têm acesso aos registros integrais de áudio e aos transcritos, desde as primeiras coletas.
Passo 2: “imersão” em cada registro	São feitas leituras e audições individuais, visando a identificar núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes.
Passo 3: compilar as análises individuais (de cada pesquisador, para cada entrevista)	Aqui, as entrevistas são o foco: compilar os temas e tipos de enunciados identificados em cada uma delas, por cada um dos pesquisadores do grupo (instruindo as pré-categorias ou as eventuais novas categorias).
Passo 4: reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria	Aqui, os temas ou tipos de enunciados são o foco: depois de cada entrevista ser analisada pelos pesquisadores, agregam-se as falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificados.
Passo 5: codificar ou nominar os dados	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria ou nova categoria.
Passo 6: alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados	Agregando-os para cada (pré-) categoria e destacando quando se deu a primeira ocorrência.
Passo 7: constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria	Isso ocorre quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas.
Passo 8: “visualizar” a saturação	Transformação da tabela em um gráfico, possibilitando, para cada categoria analisada, uma constatação visual da “saturação”.

Fonte: Elaborado por Fontanella et al., 2011, p. 391.

Contudo a(s) tabela(s) gerada(s) a partir dos passos procedimentais para constatação da saturação teórica constituem parte da metodologia, apresentadas a seguir.

Na tabela 2 apresenta-se um exemplo hipotético de como será a alocação dos temas/categorias/enunciados para constatação da saturação da amostra (passo 6). Segundo Fontanella et al. (2011) o número de ocorrências não se faz importante para esse contexto,

pois este apenas revela o que teria sido mais comumente evocado numa amostra intencional. No entanto, não descarta a possibilidade de usá-lo quando o pesquisador julgar necessário.

Tabela 2 - Exemplo hipotético da distribuição de frequência de enunciados referentes a uma categoria de análise fictícia

Tipos de enunciados	Entrevistas												Total de recorrências	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Enunciado 1	X	x		x		x		x	x					6
Enunciado 2	X									x				2
Enunciado 3	X		x	x								x		4
Enunciado 4		X				x		x		x			x	5
Enunciado 5		X								x	x			3
Enunciado 6			X										x	2
Enunciado 7			X											1
Enunciado 8					X		x			x				3
Enunciado 9					X									1
Enunciado 10					X	x	x	x					x	5
Enunciado 11						X						x	x	3
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	3	2	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	-

Fonte: Adaptado de Fontanella *et al.*, 2011.  
x: recorrência; X: novo tipo de categoria

Claramente é possível perceber no exemplo (tabela 2) que a saturação teórica nesse caso ocorreu na sexta entrevista denotando a escassez de novos tipos de categorias/enunciados. Por meio dessa configuração constata-se a saturação teórica, ou seja, a coleta de novos dados acrescentaria supostamente remotos elementos para discussão em relação à densidade teórica já adquirida. Logo as demais entrevistas realizadas contribuem para reforçar essa percepção (FONTANELLA *et al.*, 2011).

#### 4.9.1 Operacionalização da delimitação da amostra segundo o método de amostra por saturação

Com base em Fontanella *et al.* (2011) a amostra deste estudo foi propositada e definida por meio da aplicação do método de amostra por saturação teórica. Nessa abordagem a adequação da amostra não é determinada com base nos números de participantes, mas,

especialmente na saturação teórica das evidências empíricas coletadas. Portanto, o número de participantes é determinado pela não emergência de dados novos que contribuam para a densificação das categorias elaboradas (PERLINI, SIMON, LACERDA, 2020). Ou ainda como retratado por Thiry-Cherques (2009), quando na avaliação do pesquisador, os dados coletados passam a apresentar certa redundância ou repetição, considerando improdutivo persistir na coleta.

Seguindo os preceitos do método, a avaliação da saturação teórica foi realizada continuamente à medida que se recebiam os questionários. Faz-se importante lembrar que foi estabelecido um período para coleta de dados (20/07/2021 a 07/09/2021), justificado pela escolha de instrumento de dados – questionário online, enviado por e-mail, a qual a pesquisadora depende diretamente da disposição do sujeito a respondê-lo. Portanto, até o término do prazo estabelecido para coleta de dados, os questionários recebidos foram tratados e analisados, para verificação de possíveis novas perspectivas ou para certificação da constatação do saturamento teórico. Tal conduta apoia-se na orientação de Fontanella et al. (2011) que diz: as demais entrevistas, realizadas após apuração de saturamento teórico, contribuem para reforçar a percepção das categorias.

Vale lembrar que no final do período estimado para coleta de dados, obteve-se um total de 50 questionários respondidos, sendo, 24 representados pelos acadêmicos do curso direito, 12 dos magistrados e 14 dos gestores de saúde. Não se obteve resposta do público: defensores públicos

À medida que se analisa as entrevistas vão surgindo e delineando as categorias. Strauss e Corbin (2008) explicam que a definição das categorias de análises devem determinar quais conceitos que melhor representam o fenômeno a ser investigado pelo princípio da saturação teórica. As categorias por representarem fenômenos, devem ser diferenciadas de acordo com a perspectiva de análise, do foco e do contexto do estudo. Logo, os conceitos ao serem categorizados, passam a ser prioridades ou descritores do objeto da pesquisa.

Ainda sobre as categorias, essas, podem ser definidas *a priori* ou *a posteriori*. No entanto, é imprescindível entender que o ponto exato da saturação será sempre *a posteriori* (STRAUSS, CORBIN, 2008). Dito isso, para esse estudo, as categorias foram elaboradas *a posteriori*, a partir dos questionários e dos objetivos propostos. Foram criadas quatro grandes categorias aplicadas igualmente aos grupos de sujeitos participantes do estudo, sendo elas: papel do Estado, saúde, judicialização da saúde e sociedade civil.

De acordo com Fontanella et al. (op cit) para cada categoria agrupam-se os temas ou enunciados correspondentes identificados pelo pesquisador a partir das falas ou de trechos das

entrevistas que os exemplificam, ou que considerar exemplares dos núcleos de sentidos. Disto isso, é importante esclarecer que, nesse estudo, as categorias foram invariáveis aos nichos de sujeitos participantes da pesquisa. No entanto, os tipos de enunciados variaram a medida que novas manifestações, posicionamentos e perspectivas de cada público foram surgindo nas narrativas, considerando e respeitando a diversidade e peculiaridade de cada um.

Em função de o estudo ser composto por três diferentes nichos de atores sociais que constituem o fenômeno da judicialização da saúde (magistrados, gestores de saúde e acadêmicos do curso de direito) foi aplicado separadamente o princípio da saturação teórica para cada público. Sobre a aplicabilidade desse método neste estudo, é importante ressaltar que, segundo Fontanella *et al* (2011), o número de recorrências (situado na última coluna à direita) pode não ser importante, pois, revela apenas o que frequentemente foi anunciado, refletindo históricos pessoais específicos, cabendo ao autor a decisão de enfatizar ou não esse achado. No entanto, para o agrupamento de conteúdos e posteriormente a construção das categorias teóricas, foi aplicado o frequenciamento (quase-quantitativa), pela observação da vasta repetição de termos, palavras e expressões. Portanto, para este estudo, as recorrências foram enfatizadas.

Seguindo os passos procedimentais para constatação da saturação teórica, aplicou-se o método separadamente para cada nicho de participantes. Como expostos nas tabelas (APÊNDICE F ao Q) o princípio da saturação teórica apresentou de maneira geral oscilação dentre as categorias e também entre os nichos de sujeitos participantes. No entanto, assim como descrito por Fontanella *et al.*(*op. cit.*) nenhuma das categorias, considerando todos grupos de participantes, apresentou novo enunciado após a 12ª entrevista. Thiry-Cherques (2009) e Fontanella *et al* (2011) destacam que o ponto de saturação costumam ocorrer até a 12ª entrevista, e que as categorias tendem a surgir até a 6ª entrevista. Latham (2013) e Hoffmann *et al* (2016) endossam esse argumento, ao explicitarem que em seus estudos o ponto de saturação ocorreu na 11ª entrevista.

De modo semelhante, Falqueto (2012) relatou ter encontrado o ponto de saturação na 12ª entrevista. Não obstante, Thiry-Cherques (2009) orienta um mínimo de oito entrevistas, sendo, seis mínimas recomendadas, somada a duas necessárias para confirmação da saturação. Neste estudo, constatou-se o escasseamento de novos tipos de enunciados equivalentes na 12ª entrevista dos acadêmicos do curso de direito, na 10ª entrevista dos magistrados e na 7ª entrevista dos gestores de saúde, o que se qualifica como a saturação teórica. Essa constatação foi supostamente alcançada pelo adensamento teórico disponível, ancorada nos dados empíricos e nos atributos analíticos e interpretativos levantados pela pesquisadora.

Os dados excedentes acrescentaram poucos elementos à discussão em relação à densidade teórica já obtida, no entanto, reforçaram a percepção desse achado (Fontanella *et al.*, *op cit.*). Nota-se, pela distribuição da frequência dos enunciados, que os grupos dos gestores de saúde e dos magistrados mostraram-se menos díspares e mais coesos nas narrativas, quando, comparados com os acadêmicos do curso de direito. Pôde-se observar por meio dos discursos, a apropriação do contexto da judicialização da saúde no cotidiano profissional desses sujeitos, o que sugere maior equilíbrio e harmonia na frequência dos enunciados em relação aos acadêmicos (APÊNDICE F ao Q). Essas questões, entre outras, serão delineadas e discutidas com maior aprofundamento nos próximos itens.

#### 4.9.1.1 Apresentação da saturação teórica dos acadêmicos do curso de direito (APÊNDICES F ao I)

A categoria teórica do “papel do Estado” apresentou maior quantidade de enunciados nesse grupo, o que pode estar relacionado com a formação acadêmica em construção e a premência da efetividade do direito à saúde. Apresentou também, maior concentração de recorrência nos itens que apresentam relação a “ineficiência do papel Estado”, “gestão pública deficiente”, “políticas públicas ineficazes” e “inefetividade do direito à saúde por parte do Estado”. Esses achados corroboram a tese de Rodrigues e Reis (2019), Souza (2019), CNJ (2021), Haerter (2016), Lamprea (2017) e Lacerda et al. de que o Estado não tem conseguido prover assistência à saúde dos brasileiros a contento, bem como, efetivar o direito à saúde e à vida aos cidadãos. Esse comportamento se repetiu também nos demais sujeitos participantes, o que culminou na denominação da Unidade Teórica: Ineficiência do Estado.

Em relação à categoria teórica “judicialização da saúde” pôde-se perceber que majoritariamente a sociedade civil (representada pelos acadêmicos) encontra no Poder Judiciário, uma estratégia de garantir o acesso aos serviços e insumos de saúde, além da efetivação do direito à saúde. Em conformidade Silva (2013), Martins e Allen (2020), Bello et al. (2018), Lamprea (2017), Silva (2013), Ventura et al. (2010), Borges e Ugá (2010), Michelman (2008) e Waldron (2006), apontam a judicialização da saúde como a intercessão do Poder Judiciário para concessão do direito à saúde, materializado nas ações judiciais. Uma estratégia, se não a última, para obtenção de acesso a serviços de saúde e ou tratamentos não assegurados pelas vias convencionais.

Em relação à categoria “sociedade civil” pôde-se perceber uma tendência à ideia do individualismo das ações judiciais à saúde, uma vez que, houve maior recorrência do

enunciado “Não compromete a coletividade”. Ou seja, as ações judiciais de cunho individual (predominante no cenário atual) não afetam negativamente o coletivo. Essa perspectiva torna-se mais preocupante quando associado a outro enunciado com maior recorrência de respostas “Classe social baixa é a mais privilegiada” com os litígios de saúde. Esse desfecho empírico retrata nitidamente o cenário caótico que assola o país e contribui para crença de que, não há perspectivas singelas de melhoras ou alívio desse quadro, uma vez que, quanto maiores os números de ações judiciais, maiores também são os efeitos deletérios. Por isso, Paixão (2019), Leão e Lanni (2020) e Santos (2021) destacam que o entrave da judicialização da saúde, ancora-se entre o direito à saúde de um indivíduo contra o direito à saúde dos outros.

As narrativas dos acadêmicos do curso de direito, neste estudo, representando a sociedade civil, associado aos números vertiginosos, apontam para a naturalização da reivindicação de direitos e para cultura da medicalização . Esse comportamento é também apontado pelos demais participantes, na posição profissional e social que executam diariamente no atendimento e prestação de serviço a sociedade civil, como, denotam os próximos itens.

#### 4.9.1.2 Apresentação da saturação teórica dos gestores de saúde (APÊNDICES J ao M)

A distribuição da frequência dos enunciados nesse grupo mostrou-se menos díspar e mais coesa quando comparados com os acadêmicos do curso de direito. Pôde-se observar por meio dos discursos, a apropriação do contexto da judicialização da saúde no cotidiano profissional desses sujeitos, que, justifica o maior equilíbrio e harmonia na frequência dos enunciados em relação aos acadêmicos. Para categoria “Papel do Estado”, foram extraídos oito enunciados com maior recorrência de “tratamentos negados”. É razoável pensar, que o gestor de saúde, na figura do Poder Executivo<sup>19</sup>, que tem como dever assegurar aos cidadãos os direitos fundamentais e garantir o acesso a serviços e insumos de saúde, que seria minimamente desastroso apontar o Estado como ineficiente.

No entanto, as mazelas do sistema de saúde, a precariedade das políticas públicas, as iniquidades do sistema, as negativas de tratamentos, a inefetividade dos direitos

<sup>19</sup> A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/96) estabelece:

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 1996, p. 6 e 7).

constitucionais e fundamentais, entre outros, sobrecaem sobre o papel do Estado (HAWERROTH, et al., 2021; LEÃO, LANNI, 2020). Portanto, mesmo que implícito, o Estado, como outorgado na CF (BRASIL, 1988) deve garantir a saúde e a vida humana com dignidade a todos os cidadãos. Por isso, pressupõe-se que a etiologia da judicialização da saúde resida na ineficiência do Estado.

É interessante perceber, que as narrativas dos gestores de modo geral, aparentemente traduzem a realidade, denotam capilaridade e revelam o que parece ser motivações que culminam na judicialização de saúde onde atuam. Da categoria teórica “judicialização da saúde” foram atribuídos 14 enunciados, essa variedade, acrescido a categoria “saúde” reforçam o argumento supradito em relação à lida frequente destes profissionais com a problemática. Segundo a percepção dos gestores, considerando que as duas categorias se completam, a judicialização da saúde configura-se como estratégia para garantir o acesso a serviços e insumos de saúde, frente à precariedade do sistema público de saúde. Acreditam que, esse fenômeno possa contribuir para o sistema de saúde, porém, acarretar prejuízos à coletividade pelas interferências administrativas não previstas e desequilíbrios orçamentários.

Nessa perspectiva, Gusmão (2017) explica que quando as ações judiciais da saúde não limitam a contestar a violação de políticas públicas já implantadas, têm-se a preservação dos princípios da universalidade, igualdade, e equidade, assim como a efetivação da macrojustiça. Isso porque, uma demanda judicial de caráter eminentemente individual pode configurar a necessidade de outros indivíduos, e, por conseguinte, prosperar para uma política pública. No mesmo sentido, Socal, Amon e Biehl (2020), evidenciam o papel da judicialização enquanto mecanismo de responsabilização e propulsor de arranjos institucionais mais robustos.

Em relação à categoria “sociedade civil”, os gestores corroboram os achados teóricos, que apontam a classe média, com maior grau de instrução como os mais demandantes e beneficiados com a judicialização da saúde (citam inclusive, exemplos). Esses discursos corroboram os de Barros (2020), Gómez-Ceballos *et al.* (2019) e Araújo (2019), que personificam as ações de saúde a indivíduos que possuem maior recurso financeiro para custear honorários advocatícios e maior grau de instrução. Não obstante, ainda sobre a categoria “sociedade civil” os sujeitos descrevem majoritariamente, a participação efetiva da comunidade como estratégia promissora para o enfrentamento dessa problemática.

Portanto, foi possível compreender a percepção dos gestores de saúde a respeito da judicialização da saúde. As categorias teóricas emergidas das narrativas desse público foram, distribuídas, interpretadas, discutidas e conflitadas com os demais participantes e teorias no seção 4.

#### 4.9.1.3 Apresentação da saturação teórica dos magistrados (APÊNDICES N ao Q)

Os magistrados foram os sujeitos que apresentaram maior variedade de temas, especialmente para as categorias, “Estado” com 11 enunciados, “saúde” (19) e “judicialização da saúde” (15), superando os demais públicos. Isso pode estar relacionado à lida frequente de casos dessa natureza, ao árduo e importante ofício de julgar as ações de saúde e ainda, pelo papel central que lhes são atribuídos no fenômeno da judicialização da saúde. Embora tenham sido suscitados tantos enunciados, esses não apresentaram concentração de recorrências, pelo contrário, apresentaram-se mais dispersos e alguns apareceram apenas uma vez.

Sobre isso, Fontanella *et al.* (2011) explica que pode ser produto de visões mais abrangentes ou profundas, o que, reforça o conato razoavelmente frequente dos magistrados com a judicialização da saúde. Ainda no mesmo sentido, Fontanella *et al.* (2008) acrescenta que, nessas situações, o sujeito participante da amostra pode pertencer a outro grupo cultural, ou que está à margem da sua cultura cuja, visão particular de mundo indica uma tendência futura. A tradição, o gênero, a cultura, faixa etária, o grau de instrução, experiências vividas, entre outras, são características que também influenciam nesse fenômeno, na homogeneidade da amostra (conjunto de informações, temas, enunciados obtidos) e, sobretudo no momento da saturação.

Em relação à categoria teórica “papel do Estado”, apresentou-se maior recorrência os enunciados “falta de responsabilização dos gestores” e a “ineficiência do Estado ou estatal”. Associando ao enunciado com maior recorrência da categoria “saúde”, sendo a, “efetivação e garantia do direito à saúde”, endossam o argumento do protagonismo do Poder Judiciário em decorrência da ineficiência do Estado em efetivar os direitos sociais, em especial o da saúde, ora violado (SILVA, 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

A categoria teórica “sociedade civil” mostrou-se demasiadamente variável e com fator de recorrência dentre os enunciados bem distribuído e pulverizado. No entanto, destaca-se a recorrência do enunciado “saúde – direito do cidadão e dever do Estado”, que denota essa premissa como força propulsora e motriz das ações judiciais, corroborando os achados teóricos do estudo. Nesse sentido, como descrito por Maggio, Dallari (2017) e Zago *et al.* (2016), em reflexo ao Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) a saúde passou a ser compreendida como direito fundamental, essencial à preservação e manutenção da vida e pressuposto da dignidade da pessoa humana, tornando-se questão central dos vultosos números de ações judiciais nessa área.

Portanto, foi possível compreender a percepção dos magistrados a despeito da judicialização da saúde. As categorias teóricas emanadas das narrativas desse público foram, distribuídas, interpretadas, discutidas e conflitadas com os demais participantes e teorias na seção 4.

#### **4.10 Aspectos éticos**

O estudo está em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510 (CNS, 2016). O projeto foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT), aprovado pelo parecer consubstanciado nº 4.855.613, sob Certificado de Apresentação Para Apreciação Ética (CAAE) nº 35035520.4.0000.5519, expedido em 19 de Julho de 2021 (Anexo A).

Justificado pela pandemia, os trâmites burocráticos relacionados à apreciação e aprovação do projeto de pesquisa junto ao CEP/UFT, demandou tempo maior do que o esperado e preconizado pela Norma Operacional nº 001/2013 (CNS, 2013) que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil (PB) no dia 17/06/2020 pela pesquisadora. O primeiro parecer consubstanciado emitido pelo CEP/UFT ocorreu no dia 01/11/2020. De acordo com a Norma Operacional 001/2013 (CNS, 2013), o prazo para emissão do parecer inicial pelo CEP é de trinta dias a contar da aceitação na integralidade dos documentos do protocolo. Quanto à checagem documental, essa, deve ser realizada em até 10 dias após a submissão.

Em conformidade com a Norma Operacional e em cumprimento com as exigências do parecer emitido pelo CEP/UFT, o pesquisador têm 30 dias a partir da emissão do parecer pelo CEP, para que, se houver pendências, essas, sejam corrigidas e reenviadas. Logo, no dia 01/12/2020 a pesquisadora retornou o projeto a PB com as adequações e sugestões propostas.

No dia 12/01/2021 o CEP/UFT emitiu outro parecer. Posteriormente, no dia 01/02/2021 foi depositado na PB nova submissão. Motivado pela premência do tempo, a pesquisadora estabeleceu contato via e-mail com o CEP/UFT na tentativa de sensibilizar e agilizar a devolução do projeto, para então, iniciar a coleta de dados. Sem muito sucesso, dia 22/06/2021 o CEP/UFT liberou outro parecer consubstanciado, solicitando documentos que já haviam sido anexados e enviados na PB nas versões anteriores do projeto. Diante desse cenário, no mesmo dia (22/06/2021), foi restabelecido contato com o CEP/UFT, explicado a situação e encaminhado arquivo comprovando que os documentos solicitados já haviam sido

enviados no momento oportuno. Em resposta, foi orientado pelo coordenador do CEP realizar nova submissão do projeto com todos os documentos pertinentes ao estudo. Brevemente, no dia 24/06/2021 a pesquisadora realizou nova submissão conforme a orientação, e finalmente dia 19/07/2021 o projeto foi aprovado pelo CEP/UFT.

Claramente os prazos estabelecidos pela Norma Operacional 01/2013 (CNS, 2013) não foram cumpridos pelo CEP/UFT, o que gerou implicações no estudo interferindo especialmente no tempo destinado à coleta de dados, resultados e discussão. Vale ressaltar, que na página da PB na aba do pesquisador, é possível acessar o histórico de trâmites do projeto (Anexo B). Neste, consta que o projeto apresentou duas recusas de indicação de relatoria, o que pode indicar a ocorrência de alguma dificuldade ou imprevistos durante a tramitação do projeto, além dos transtornos gerados pela pandemia. Acredita-se que essas intercorrências contribuíram severamente no cumprimento dos prazos do CEP/UFT.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A apresentação dos resultados está estruturada em três categorias: Estado, Saúde e Sociedade Civil, expressas nos Quadros 4 a 6 a seguir. As categorias foram extraídas das unidades temáticas de contextos do estudo (roteiro de entrevista) por meio da aplicação do método de análise de conteúdo temática.

Os resultados e discussão foram organizados em seções, distribuídos dentro das categorias, de acordo com a relação de proximidade e afinidade das mesmas. As seções representam as perguntas dos questionários enviados aos sujeitos participantes.

### **5.1 Categoria: estado**

O Estado é a instituição maior de uma sociedade. De acordo com Bresser (2017), o Estado é a principal e mais abrangente instituição que a sociedade civil utiliza para definir e buscar seus interesses públicos e objetivos políticos. O Estado é o instrumento por excelência de ação coletiva da sociedade. Segundo Bresser (Op. cit.), o cidadão espera que o Estado garanta seus direitos de cidadania. Essa seja talvez a razão pela qual majoritariamente o Estado foi evocado na problemática da judicialização da saúde. Para Abbagnano (2007) o Estado é a organização jurídica coercitiva de determinada comunidade. Igualmente Bresser (Op. cit.) reitera que o Estado é a instituição organizacional e normativa municiada de poder coercitivo. Isso porque, o Estado é a ordem jurídica e a organização ou aparelho que a garante.

A categoria “Estado” (Quadro 4) emergiu das repetidas e incontáveis vezes que foi mencionado nas narrativas dos sujeitos participantes. Ressalta-se que nos discursos, o “Estado” apareceu sempre associado a aspectos negativos, em relação ao cumprimento do seu papel e de suas obrigações. As percepções dessa categoria comportaram-se invariáveis aos três nichos dos respondentes.

**Quadro 4.** Categoria 1: Estado

Categoria 1 – Estado		Descrição
Unidades de Análise	- Ineficiência do Estado.	<p>Objecção quanto ao papel e o dever do Estado, do poder Executivo e do poder Legislativo.</p> <p>Responsabilização da gestão e distribuição dos recursos públicos.</p> <p>Desenvolvimento, implantação, implementação e manutenção das políticas públicas.</p> <p>Art. 196. A saúde é direito de todos e <u>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</u> (BRASIL, 1988).</p>

Fonte: Elaboração própria

O Estado e seus atributos são evocados com frequência na discussão do cenário da judicialização da saúde. Os termos reivindicar, contestar, executar e efetivar são nesse contexto, palavras de ordem que precedem o Estado. Na seara da judicialização da saúde, o Estado permeia todos os ângulos e discursos, desde o seu papel fundamental de garantidor dos direitos fundamentais à saúde e à vida de todos os cidadãos, até as suas atribuições, de financiador, legislador, gestor, executor e mantedor do sistema público de saúde. Isso ocorre em decorrência do modelo constitucional adotado no Brasil, que quando, porventura é violado, configura-se imediatamente na ineficiência do Estado. Dito isso, inquestionavelmente, o “Estado” configura-se uma das categorias teóricas deste estudo. Os itens a seguir discutem de forma estratificada essa categoria, considerando as narrativas dos atores sociais e os achados teóricos que endossam a escolha.

#### 5.1.1 Subcategoria: ineficiência do Estado

O Estado nesse estudo ganhou papel destaque pelo seu importante papel de efetivador de direito e cumpridor de deveres, na qual, foi mencionado com frequência nas narrativas dos sujeitos participantes do estudo, como evidenciado a seguir.

##### 5.1.1.1 O entendimento da judicialização da saúde segundo a percepção dos atores sociais

Tornou-se comum nos últimos anos a utilização da justiça como alternativa para resolução de problemas de saúde da população brasileira. No Brasil, no arcabouço teórico-jurídico do SUS, o acesso aos serviços de saúde e a assistência pública de saúde é um direito

do cidadão e dever do Estado, conforme assegurado na Constituição Federal (BRASIL, 1988). No entanto, diante das dificuldades, de naturezas diversas, enfrentadas pelos usuários do SUS para ingressar no sistema de saúde e/ou garantir a integralidade do cuidado, a judicialização vêm se tornando cada vez mais presente no cotidiano dos atores sociais que atuam profissionalmente nesse contexto. Por isso, a compreensão do fenômeno da judicialização, assim como, a interpretação e percepção da mesma, pela ótica dos atores sociais envolvidos no contexto, são importantes para o enfrentamento dessa temática.

Levantar a percepção e o conhecimento dos atores sociais envolvidos no fenômeno da judicialização da saúde é de extrema importância para compreender a complexidade envolvida em torno do contexto dessa problemática. É possível também, por meio da percepção dos atores sociais vislumbrar o cotidiano dos sujeitos na atuação frente à judicialização da saúde e indiretamente contribuir para o enfrentamento da mesma.

Com base nos estudos sobre Teoria das Representações Sociais, destacam-se dois tipos de conhecimentos: o conhecimento reificado e o consensual. O primeiro é o conhecimento produzido a partir das regras da comunidade acadêmica, esse, debruça-se nas raízes éticas e científicas. Enquanto, o conhecimento consensual, é o resultado dos saberes não especializados, derivados das interações sociais, diálogos e vida cotidiana, capazes de gerar atitudes, opiniões, crenças sobre determinado assunto. Ambos os conhecimentos, agem sincronicamente moldando a realidade (RAMOS, 2017; SÁ, 1998; MOSCOVICI, 1984).

De acordo com Schulze (2015), em virtude dos impactos na estrutura dos entes públicos, gerados pelas decisões judiciais, é essencial compreender o posicionamento dos magistrados no contexto da judicialização da saúde. O mesmo ocorre com os gestores de saúde, já que, as decisões dos magistrados incidem diretamente na execução do trabalho desses profissionais, como nos recursos orçamentários geridos por eles. Não diferente, compreender a sociedade civil nesse contexto, é de extrema importância para entender e diminuir os números vertiginosos da judicialização da saúde, as filas de espera do SUS, bem como, formular políticas e promover intervenções que de fato atendam às necessidades reais da comunidade.

Os discursos dos sujeitos acerca da percepção da judicialização da saúde denotam similaridade, e em sua grande maioria familiaridade com o assunto, sugerindo atuação profissional constante com assuntos dessa natureza. Quando questionados sobre a percepção interpretação ou como é percebido a judicialização da saúde, os participantes, em sua maioria, explicitaram o fenômeno valorizando a relação do mesmo, com a garantia de acesso a serviços e insumos de saúde e a efetivação do direito à saúde, ora negado. Relacionaram

majoritariamente, essa situação a fragilidades na execução de políticas públicas, limitações do sistema de saúde e a ineficiência do Estado frente à saúde brasileira. Não obstante, explicitaram com veemência sobre a “transferência de responsabilidade da gestão do sistema pelo Executivo ao Judiciário.” (MGS 5)

Verifico a transferência do Executivo para o judiciário de questões que ele já tem conhecimento e infelizmente não resolve. Não resolve por incompetência, falta de interesse, desvios de verbas da saúde para outros setores, desvios por corrupção e tantas outras mais. (MGS 12)

De um lado, uma necessidade, advinda do problema da ineficiência do serviço de saúde público (acesso, atendimento precário, falta de meios, estrutura, desorganização administrativa, falta de compromisso dos profissionais envolvidos no aspecto ético); e de outro, o uso de uma situação grave e sensível (problema de ética jurídica), como forma de muitas vezes "furar a fila" diante da demora no atendimento e das limitações do sistema. (MGS 8)

Consiste na transferência ao judiciário de conflitos relativos à saúde, em busca de atendimentos, medicamentos, entre outros. Ocorre em razão da ineficiência das redes hospitalares públicas/privadas em oferecer o serviço proporcional à demanda necessária, restando como única alternativa à população recorrer ao judiciário para buscar acelerar atendimentos ou possibilitar serviços de saúde. (AD 20)

Uso, ou tentativa de uso de mecanismos legais e ações judiciais, a fim de obter-se vantagem ou mesmo um direito legítimo nas instituições de saúde pública. (AD 24)

Entendo como a busca por um "DIREITO" outrora negado por algum motivo anteriormente seja por um medicamento de alto custo, consulta especializada ou até mesmo por leitos de internação, reportada aos poderes judiciais, MP, Defensorias Públicas e ao Judiciário na tentativa de obter a garantia do acesso universal e igualitário à saúde a luz da Constituição Federal de 1988. (GS 7)

Uma necessidade para garantir o direito à saúde do cidadão. (MGS 3)

Entendo de modo que busca junto ao poder judiciário um direito que está sendo negado privado em relação à saúde. (AD 1)

Claramente, as narrativas corroboram os posicionamentos suscitados por Bello et al. (2018), Lamprea (2017), Silva (2013), Ventura et al. (2010), Borges e Ugá (2010), Michelman (2008) e Waldron (2006), que descrevem a judicialização da saúde como a intercessão, incorporação, envolvimento, transferência de responsabilidade/decisões e confiança depositada no Poder Judiciário para concessão do direito à saúde, materializado nas ações judiciais. Uma estratégia, se não a última, para obtenção de acesso a serviços de saúde e ou tratamentos não assegurados pelas vias convencionais. Os autores associam esse cenário a um sistema de saúde deficiente, incapaz de concretizar a contento a proteção desse direito fundamental. Por fim, Coan e Crocetta (2019) completam, o cidadão busca no Estado-Juiz a mobilização de recursos para garantia de seus direitos sociais e coletivos.

Não muito diferente, Fleury (2011), compreende a judicialização da saúde no Brasil, como uma interferência **indevida** do Poder Judiciário sobre a capacidade de planejamento e atuação do Poder Executivo, além de configurar uma ameaça aos gestores [grifo nosso]. Para Barroso (2009), a expansão do judiciário é o reflexo de uma disfunção que aflige a democracia brasileira, caracterizada pela crise da representatividade, legitimidade e funcionalidade do Poder Legislativo.

Numa outra perspectiva, Rojas e Perilla (2021), Rodrigues (2021), Santos (2021), Socal, Joseph e Biehl (2020), Tauk (2020), Borges e Ugá (2010) explicam que a judicialização da saúde é um fenômeno característico das sociedades democráticas modernas, capaz de denotar maior consciência cidadã sobre seus direitos na saúde. Para os autores, a judicialização da saúde é interpretada como um exercício de cidadania, uma espécie de democracia sanitária. Os autores que defendem essa vertente, explicam que o direito à saúde, associado à inafastabilidade<sup>20</sup> da jurisdição, devem, em qualquer hipótese, exigir intervenção judicial. Isso pôde ser constatado no discurso de um dos sujeitos participantes do estudo, quando questionado sobre o entendimento/interpretação/percepção a respeito do tema:

Maior consciência do cidadão quanto aos seus direitos [...]. (MGS 3)

Algo indesejado, mas necessário frente ao princípio da inafastabilidade da jurisdição. (MGS 10)

Ainda na mesma ótica, Socal, Joseph e Biehl (2020), retratam a judicialização da saúde como um fenômeno heterogêneo, de empoderamento legal, capaz de mensurar a vida democrática do país e fomentar a mobilização social. Atua como um mecanismo de responsabilidade e contribui para definição de contornos e componentes do direito constitucional à saúde. Em conformidade, Tauk (2020), defende a premissa de que a sindicabilidade dos direitos sociais (constituído pelo direito à saúde) é fundamental para garantir que as políticas públicas atendam os preceitos da Constituição Federal e das leis. Para Rodrigues (2021), essa interpretação se dá pelo reconhecimento do potencial de transformação institucional de longo prazo, provocado pelas litigâncias relativas à saúde. No entanto, esclarece que em curto prazo, os impactos das ações judiciais à saúde apresentam comportamento regressivo, ou pelo menos, riscos de regressividade, em especial, as demandas de cunho individual.

---

<sup>20</sup> Inafastabilidade da jurisdição é a principal garantia dos direitos subjetivos.

Inafastabilidade: Termo usado em contextos jurídicos, relativo à impossibilidade de um magistrado recusar-se a julgar alguma ação sob o argumento da inexistência de um parâmetro legal específico para determinado assunto (GUIMARÃES, 2016).

Foi possível perceber nas narrativas dos participantes, assim como nos achados teóricos, que o tema embora seja multifacetado, apresenta discreto alinhamento e similaridade de percepções. Ancora-se severamente na premissa do direito à saúde, materializado nas ações judiciais, como estratégia da garantia do acesso a serviços e/ou tratamentos de saúde, que fora negado. Segundo as narrativas dos sujeitos e as teorias que endossam o estudo, as causas ou motivações que contribuam para esse cenário ainda apresentam-se divergentes. Foram citados problemas de natureza distinta, diversas ramificações (remédios, leitos, UTI's, RENAME<sup>21</sup>, sistema de saúde, gestores, políticas públicas, Estado, orçamento público, entre outros), porém, é possível sugerir que a raiz, a síntese do problema reside na ineficiência do Estado. Essas causas foram citadas pelos sujeitos para justificar a busca do poder Judiciário frente aos problemas de saúde, quando questionados sobre o entendimento acerca do assunto. No entanto, a próxima seção tratará especificamente sobre as motivações que levam aos números vertiginosos da judicialização da saúde.

#### 5.1.1.2 Motivações que levam a judicialização da saúde

Em complemento ao item anterior e aos posicionamentos dos participantes, foi questionado quanto às motivações que levam a judicialização da saúde. Puderam-se perceber nas narrativas dos sujeitos, opiniões muito díspares quando analisadas separadamente por nichos (considerando as diferentes práticas e atuação profissional) e/ou pelo papel que ocupam no cenário da judicialização da saúde. Os magistrados e os acadêmicos apresentaram uma visão mais global, abrangente e genérica do problema, enquanto, os gestores, em virtude do nível de proximidade com a realidade local, privilegiados pelo ofício, naturalmente, apresentaram posicionamentos mais capilares, reducionistas, restritos e íntimos. No entanto, é possível sugerir que a etiologia do problema, ancora-se na “ineficiência estatal no setor” (MGS 2).

Má gestão. (MGS 4)

Falta de gestão eficiente do sistema pelo Executivo, pela politização de pastas técnicas e omissão do Legislativo. (MGS 5)

Ausência do Estado. (MGS 6)

Ineficiência do Estado. (MGS 7)

---

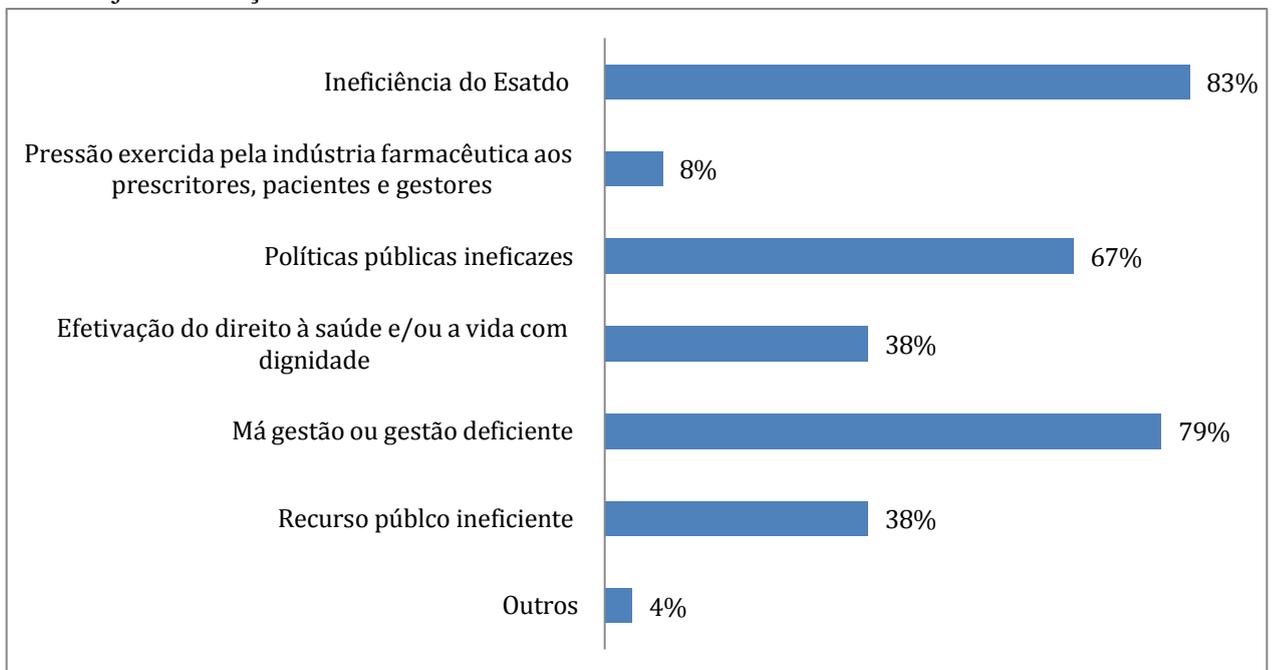
<sup>21</sup> RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Ausência de políticas públicas governamentais mais eficazes. (MGS 10)

Inércia do Executivo em implementar uma assistência nos moldes determinados na Constituição Federal. (MGS 11)

Exclusivamente, aos acadêmicos do curso de direito (representando a sociedade civil) optou-se por realizar essa pergunta no estilo múltipla escolha, sendo facultado ao respondente marcar quais alternativas julgarem necessárias.

**Gráfico 1** – Percentual de respostas dos acadêmicos do curso de direito sobre motivações que levam a judicialização da saúde no Estado do Tocantins



Fonte: Elaborado pela autora (Esta questão permite respostas múltiplas).

Inquestionavelmente, a ineficiência do Estado representa a maior causa propulsora da judicialização da saúde no Tocantins. Essa associação majoritária da judicialização da saúde a ineficiência do Estado, pode ter várias vertentes. É possível supor que, provavelmente, esses posicionamentos estão estreitamente associados ao disposto no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), uma vez que, garantir a saúde à população tornou-se um dever do Estado. Tal preceito é complementado pela lei 8080 (BRASIL, 1990), o que contribui severamente para esse cenário. Logo, entende-se que, a violação desse direito é ao mesmo tempo uma deficiência, ou falta, ou a ineficiência do Estado. Na seara jurídica, Sarlete e Figueiredo (2007), Ferraz e Vieira (2009), defendem que a saúde é um bem indisponível e indispensável, portanto, deve ser garantida pelo Estado.

Endossando a discussão, Marques (2017), Spitzcovsky (2006), destacam o caráter programático da regra expressa na CF (BRASIL,1988). Logo, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, tornando inconcebível a recusa da assistência à saúde pleiteada juridicamente pelo querelante. Em suma, qualquer decisão ou atitude legal, tomada pelo Poder Público que venha a provocar o esvaziamento do direito à vida trará, como corolário, o desrespeito à dignidade humana, uma vez que, ambos são considerados igualmente fundamentais pela CF. Não obstante, Spitzcovsky (2006) esclarece que a CF (BRASIL, 1988) é integralmente uma norma jurídica, e como tal, todos os direitos nela contemplados têm aplicação direta, igualmente, sobre os três Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo.

Esse cenário corrobora a visão de Danielli (2016), em que o “direito à saúde passou a ser entendido como um direito subjetivo a uma prestação positiva do Estado e aplicado como se regra fosse pelos Tribunais pátrios” (DANIELLI, 2016, p. 58). A autora faz uma crítica à forma como é interpretado majoritariamente o direito fundamental à saúde. A compreensão do direito à saúde transpôs-se de um princípio diretriz para um princípio absoluto, cujo Poder Judiciário passou a tratar o art. 196 da CF (BRASIL, 1988) como razão definitiva e um princípio em sentido estrito.

Qualificando a discussão, Fleury (2012) defende que a judicialização é o reflexo do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais, pelo acesso à informação e pela consciência cidadã. Não obstante, cita também a debilidade dos Poderes Legislativo e Executivo como fatores que contribuem para o agravamento dessa problemática. Porém, a autora acredita que a judicialização seja uma aliada na superação das fragilidades do sistema público de saúde.

Diante dessa perspectiva de violação constante dos direitos sociais, da inércia do Estado, da progressiva constitucionalização dos direitos sociais, que o Poder Judiciário ganhou e vêm ganhando ainda mais o papel de efetivador dos direitos sociais, em especial o da saúde. Portanto, é evidente o protagonismo judicial na efetivação da assistência à saúde, bem como, na interferência do Poder Judiciário na gestão em saúde (SILVA, 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Sobre a mesma ótica, Rodrigues e Reis (2019) explicam que, embora existam inúmeras previsões legais, órgãos de defesa ao cidadão e uma vasta rede de atenção à saúde, na prática, o que se encontra, são pessoas padecendo sem assistência ou auxílio e indivíduos que desconhecem seus direitos e garantias. Nesse cenário, o Estado logra da falta de cognição dos cidadãos para afanar os mais básicos dos direitos: o direito à saúde e à vida. Para as autoras, é dever do Estado também promover políticas públicas de modo peremptório, que

aproximem e equiparem os cidadãos aos seus direitos básicos, promovendo a balança da justiça, a fim de alcançar a igualdade.

Contrariando os argumentos, para Schulze (2019, p. 24) entender que o “Estado tem o dever de prestar tudo sem nenhum custo”, é uma interpretação equivocada que predomina no Brasil sobre o direito à saúde e tende a influenciar severamente as decisões judiciais. Schulze (2016) explica que, não é porque o direito à saúde é um direito fundamental que toda e qualquer ação judicial deve ser julgada procedente. Essa percepção compromete a coletividade e gera o desequilíbrio orçamentário. Em conformidade, Haerter (2016) exprime a preocupação da utilização do Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) de forma irrestrita, pragmática e absoluta, sobre toda e qualquer situação que é invocado. Para a autora, seria coerente garantir sua efetividade dentro dos limites e das condições que o Estado possui. Toffoli (2009), também manifesta sua indignação sobre o uso limitado e indiscriminado do Art. 196 para fundamentar as decisões prolatadas pelos juízes, sem considerar uma abordagem sistemática da Carta Política Brasileira (BRASIL, 1988) e sua magnitude.

Em consonância, Fernandes e Simão Filho (2019), exaltam a simbiose essencial entre os deveres e os direitos constitucionais. É necessário que haja equilíbrio e consciência entre essas duas dimensões, visto que ambas são de grande importância para a vida em sociedade. Os autores defendem a necessidade de munir-se de conhecimento das duas dimensões para que se evitem abusos por parte dos Estados, e de forma correlata, retirar dos cidadãos a concepção de que, por inércia, o Estado é exclusivamente o provedor das realizações da sociedade. Portanto, compreende-se que não há somente deveres do Estado para com os cidadãos, mas que o inverso é também verdadeiro e necessário. Isso pode ser também observado na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 (BRASIL, 1990), que diz: “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

Não muito diferentes, Diniz (2015) e Silva (2011) explicam que a garantia do direito à saúde postulado pela CF (BRASIL, 1988), deve ser assegurado por meio de políticas públicas sociais e econômicas, mediadas pelo poder Legislativo e não por via judiciais. Autores contrários ao protagonismo do Poder Judiciário temem a Judiciocracia (ditadura do Poder Judiciário), uma vez que, o governo deve ser das leis e não dos homens, e que o Judiciário não tem legitimidade, uma vez que os juízes não são escolhidos democraticamente pelo povo (SCHULZE, 2019).

Barbosa (2019) contesta a associação positiva empregada corriqueiramente entre a constitucionalização dos direitos sociais, a expansão do Poder Judiciário e a efetividade do Estado Democrático de Direito. Para autora, a expansão do Poder Judiciário é incompatível

com o Constitucionalismo Liberal, sob pena de enfraquecer a Constituição Federal. Grosso modo, essa foi uma preocupação levantada por um dos sujeitos participantes do estudo:

[...] um embaraço desnecessário em um Estado de Direito. (GS 3)

Barbosa (2019) expõe que os arranjos institucionais existentes, revelam a força excessiva do Poder Judiciário, em oposição à precariedade da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) e, conseqüentemente, do poder constituinte que lhe deu origem. É fato que as Constituições Federais (não somente a brasileira) apresentam-se incapazes de atender as funções que a legitimam e justificam sua força, assim como, o Estado Democrático de Direito já não é mais suficiente para justificar a essência ou o fundamento da Constituição. Logo, a intervenção ou a discricionariedade judicial, mal delineada no contexto da juristocracia, corroboram para o enfraquecimento da Carta Política. Portanto, conclui-se que, a Juristocracia (característica da democracia ocidental) é incompatível com o regime Constitucional Liberal e fragiliza as Constituições nesses Estados, tornando-as disfuncionais e incapazes de garantir o equilíbrio dos três poderes, a defesa de direitos e abrandar do abuso do poder estatal.

No mesmo sentido, Gomes *et al.* (2014) e Amaral (2001) discutem sobre a falta de condições e conhecimento técnico do poder Judiciário em decidir sobre questões relacionadas à saúde e avaliar as consequência globais que tais decisões podem acarretar. Em defesa, Caruggi (2011), esclarece que a judicialização não tem outra perspectiva senão a de cumprir a missão constitucional do Poder Judiciário, objetivando mitigar os problemas da sociedade. Não obstante, explica que o termo judicialização, tende a gerar uma noção deturpada de que o judiciário invoca para si, o poder de decidir questões pertinentes à saúde, em detrimento da atuação dos demais poderes (Executivo e Legislativo).

Não muito dissonante dos demais participantes, os gestores de saúde, por apresentarem maior capilaridade com os problemas locais, revelaram majoritariamente em suas narrativas, causas pontuais, mais específicas, que corroboram os números da judicialização da saúde nos municípios de atuação. Como denotam as falas a seguir:

Falta de leitos, Falta de compromisso com os doentes como esquecer de dar os remédios ou até mesmo de trocar o curativo, criando infecção no paciente. (GS 1)

Falta de recursos e longa fila de espera. (GS 3)

A falta ou demora de acesso a procedimentos médicos, ou leitos, ou próteses entre outras coisas. (GS 5)

Falta de medicamentos, demora nos atendimentos. (GS 9)

A falta de determinado procedimento ou medicamento no momento procurado. (GS 10)

Medicamentos e solicitação de leito de UTI. (GS 11)

A deficiência no suporte ofertado pela saúde pública. (GS 12)

Fármacos e vagas em UTI. (GS 13)

Como é possível observar nos discursos dos gestores de saúde, a precariedade do sistema público de saúde materializada na falta de medicamentos, insumos e assistência são considerados a grande força motriz da judicialização da saúde. Esses argumentos coadunam com os de Ziolkowski et al. (2021), Vieira (2020), Carvalho et al. (2020), Conselho Nacional de Justiça (2019), Campos Neto, Gonçalves e Andrade (2018), Xavier (2018), Tribunal de Contas da União (2017), Marques (2017), Zago et al. (2016) e Brasil (2005), que apontam como principal assunto reivindicado nas ações judiciais relativas à saúde: o fornecimento de medicamento, seguidos por tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamento.

Em relação aos litígios medicamentosos, Haerter (2016) distingue a existência de dois grupos. De um lado, cidadãos que recorrem ao Judiciário quando o medicamento é fornecido pelo SUS, mas que, por razões circunstanciais, não se encontram disponíveis. Por outro lado, os indivíduos que buscam acesso a medicamentos não regulamentados ou incorporados na Política Nacional de Medicamentos ou no Programa de Medicamentos de Dispensação de Caráter Excepcional. Esse último grupo representa maior risco e danos ao Estado, uma vez que, trata-se geralmente de fármacos ainda em fase experimental, para tratamentos de doenças raras, com custo elevado, e em obtenção de caráter emergencial (SANTOS, 2021).

Em relação a tratamento farmacológico, um levantamento realizado pela Fiocruz (2018) constatou que os indivíduos que judicializam suas causas, são majoritariamente clientes atendidos pelo sistema privado de saúde, que recorrem ao SUS quando este sistema não lhe atende a contento. Habitualmente, os profissionais que prestam serviços ao sistema público de saúde prescrevem fármacos que são incorporados na política do SUS. Isto pode ser reforçado quando analisados os dados expressos neste mesmo estudo. Os números revelam que 58% dos litígios a saúde advém da prescrição de médicos particulares, 65% é referente a medicamentos, sendo que, 78% desses, não são previstos pelo SUS, 2% são produtos importados que não apresentam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, 22% das ações, requerem uma marca comercial específica do fármaco.

Embora as narrativas dos gestores enumerem causas específicas geradoras das ações judiciais, é razoável sugerir que a raiz do problema reside no papel deficiente do Estado. Isso porque, hierarquicamente, cabe ao Estado<sup>22</sup> às funções, dentre outras, de executor, coordenador, regulador, garantidor, efetivador e provedor da saúde da população, bem como dos direitos fundamentais dos cidadãos, supraditos. Essas premissas estão consagradas de forma explícita e implícita nos vários dispositivos legais, como a CF (BRASIL, 1988), Lei 8.080 (BRASIL, 1990), Lei 8.142 (BRASIL, 1990), entre outros. A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, p. 1), evidencia claramente essa premissa, quando em seu Art. 2º diz: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, **devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício**” [grifo nosso].

Isto posto, é possível supor que a judicialização da saúde no Estado do Tocantins segue a tendência nacional, ou seja, está intimamente relacionada a problemas gerenciais estatal do setor. É conveniente afirmar, que os discursos dos sujeitos participantes são invariáveis, os mesmos, seguem uma linearidade, independente do nicho ou grupo que compõem.

#### 5.1.1.3 Desafios da judicialização da saúde

A judicialização da saúde vem gerando grandes impactos em todas as dimensões que ela abrange. Os desafios são multifacetados e incidem sobre os três Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, questões orçamentárias, indústrias e gestão da assistência farmacêutica, sociedade civil, prestadores de serviços de saúde, as redes de assistência à saúde, entre outros. Alguns desafios são citados nas narrativas dos participantes. Os desafios variam de natureza e proporção para cada nicho de atores sociais envolvidos no cenário da judicialização da saúde, por isso, serão pontuados a seguir separadamente. Em relação aos gestores de saúde, majoritariamente, o desafio reside no desequilíbrio orçamentário, como denotam os discursos.

---

<sup>22</sup> Estado: em geral, é a organização jurídica coercitiva de determinada comunidade (ABBAGNANO, 2007). O Estado é o órgão executor da soberania nacional. É uma sociedade política criada pelo desejo de unificação e desenvolvimento do homem, com intuito de regulamentar, preservar o bem comum ou interesse público. Possui três elementos constitutivos: presença do povo, território e soberania, sendo que, a falta de qualquer um desses elementos, descaracteriza a formação do Estado (MALUF, 1998).

As demandas trazidas pela judicialização abrangem problemas como onerosidade e dificuldade para organização dos gastos públicos, pois não há planejamento nem controle dos gestores públicos dada sua imprevisibilidade. (GS 1)

Aporte de recursos necessários para atender a demanda jurídica. (GS 2)

Direcionamento de recursos - busca e oferta de serviços. (GS 4)

[...]a tentativa de equilibrar orçamentos que são, muitas vezes, comprometidos por decisões judiciais que envolvem altas cifras. (GS 5)

[...] É falta de receita municipal, tendo em vista que os municípios de pequeno porte sobrevivem somente com a receita local [...].(GS 7)

O alto custo de determinados procedimento. [...], ainda determina um certo prazo para isso, como que um município de pequeno porte, que tem uma arrecadação baixa vai custear isso? E se conseguir custear, como fica os outros atendimentos ofertados a população? [...] (GS 10)

O maior desafio são os prazos que o judiciário dispõe para o cumprimento das ações. Sempre muito curtos. (GS 13)

É evidente que a intervenção judicial na saúde suscita tensões no cotidiano nos gestores de saúde, impactando na rotina de trabalho, na mudança de protocolos institucionais e mais gravemente no planejamento orçamentário. O macro planejamento da política de saúde é pautado nas diretrizes do SUS. Para tanto, utiliza-se de algumas ferramentas gerenciais, a exemplo, a Programação Anual de Saúde (PAS) para operacionalização de metas e recursos financeiros. Os recursos são aplicados mediante estudos, considerando a realidade local e critérios demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos da população. Isso permite ao gestor identificar as principais necessidades da população e garantir a previsibilidade dos recursos. No entanto, as ações judicializadas, destinadas a procedimentos não padronizados, raramente estão previstas no PAS, culminando em custos inesperados (RAMOS et al., 2017).

Numa outra perspectiva, Zago et al. (2016), retoma o argumento de que as ações judicializadas individualmente afetam a distribuição justa dos recursos da saúde, para explicar que nessa perspectiva manifesta-se uma lógica adversa. Uma vez que, se por um lado, as decisões judiciais asseguram o atendimento ao direito do cidadão, por outro, exige que o gestor tome decisões administrativas, que geralmente divergem dos princípios constitucionais, como o da equidade.

Não obstante, como citado pelos GS 10 e GS 13, o prazo para o cumprimento da demanda é curto, sendo necessário dispensar a licitação pública para aquisição imediata do

recurso a ser concedido pelas decisões judiciais, gerando impacto no orçamento. É fato que o orçamento da saúde não acompanha a expansão dos gastos ordenados pelo Judiciário, logo, os custos da judicialização espremem os recursos para outras ações. Sendo assim, a realocação dos recursos públicos da saúde via determinação judicial desestabiliza as finanças da saúde e inviabiliza o planejamento e o desenvolvimento das ações coletivas. Portanto, a judicialização provoca efeitos nocivos à governabilidade, a gestão de políticas públicas e contribui para o agravamento das iniquidades (WANG, 2021; RAMOS et al., 2017).

Em relação aos magistrados, os desafios por eles enfrentados são outros, que logicamente são provenientes da atuação profissional e da posição em que ocupam no cenário da judicialização da saúde, como revelam as narrativas.

Não cometer graves injustiças ao adentrar em questões de mérito administrativo, ainda que justificavelmente em favor da vida. (MGS 1)

A efetividade temporal. (MGS 2)

Preservação da vida de todos. (MGS 4)

Execução das medidas impostas sem ferir a regulação e sem imiscuir na gestão orçamentária do Estado. (MGS 5)

Assegurar o princípio da isonomia. (MGS 9)

Preservar o princípio constitucional da isonomia. (MGS 10)

Os discursos denotam claramente a preocupação pujante dos magistrados em cometer injustiças, ao deferir pela efetivação da justiça sob o argumento dos direitos fundamentais, inalienáveis e invioláveis à vida, à saúde e ao princípio da dignidade humana. O protagonismo dos operadores do judiciário e as excessivas ações judiciais na área da saúde evidenciam a omissão e a ineficiência do Estado, a fragilidade das políticas públicas, das políticas públicas de saúde e da precariedade do sistema público de saúde. Nessa perspectiva, o poder judiciário, detém o papel essencial na concretização e efetivação dos direitos sociais. Uma vez que, como já discutido, é postulado na CF a garantia desses direitos, e são eles também os tutelados nas ações judiciais. Portanto, claramente, só há judicialização e o protagonismo do judiciário se houver omissão por parte do Estado.

Haerter (2016) e Lamprea (2017) explicam que a judicialização da saúde é fruto do próprio arranjo institucional da saúde e do modelo constitucional adotado pelo Brasil. Nesse cenário, cabe ressaltar que a interferência do Poder Judiciário não decorre de uma opção

ideológica ou metodológica, mas, do cumprimento de modo estrito, do seu papel constitucional, conforme a ordenação da instituição exige. Portanto, cabe aos operadores do judiciário aplicar a CF e as leis já estabelecidas, assegurando os direitos já estabelecidos, não efetivados pelo Poder Executivo.

Endossando a discussão, de acordo com Souza (2019), existe também nesse contexto, o convencimento generalizado da população em confiar fervorosamente no poder judiciário e nas decisões deles, como única estratégia e caminho capaz de efetivar satisfatoriamente as omissões do Estado. No entanto, a judicialização da saúde não deve ser considerada uma irregularidade, ou ação ilegal, uma vez que, o poder judiciário possui legitimidade para atuar frente essas questões, e que, as decisões são amparadas e firmadas no centro da legalidade. Nesse cenário, fica evidente que não se deve atribuir os efeitos maléficos da judicialização da saúde ao Poder Judiciário. Aos magistrados, no cumprimento de suas funções laborais, cabe o papel de efetivar os direitos fundamentais e sociais, por ora omitidos ou violados. Portanto, a etiologia da judicialização da saúde reside na ineficiência do Estado.

Nessa seara, há uma busca constante de estratégias pelo Poder Judiciário, com objetivo de contribuir para o melhoramento desse cenário e promover o equilíbrio. Almeja-se que os direitos sejam garantidos aos cidadãos, sem que se venha a provocar efeitos deletérios à sociedade, aos entes federados, gestores, orçamento público, entre outros. Dentre as soluções já propostas, destacam-se a institucionalização do NATJus<sup>23</sup> e do sistema S-Codes<sup>24</sup>. Não obstante, em reflexo ao crescente número de ações judiciais à saúde, e do difícil contingenciamento, o CNJ sugeriu a criação de estruturas institucionais para gestão especializada nos litígios de saúde, sendo essas:

[...] presença de setor específico de judicialização na Secretaria de Estado da Saúde (SES), presença de sistema informatizado de acompanhamento das decisões na SES (S-Codes ou similar), existência de atendimento administrativo na SES, presença de vara especial de saúde no Tribunal de Justiça, existência de núcleos especializados em saúde no Ministério Público e Defensoria Pública, instituição e atuação de Câmara de Conciliação em Saúde, instituição e operacionalização do NATJUS e Comitê Estadual de Saúde instituído e atuante. (CNJ, 2021, p. 18).

O documento ainda traz recomendações de políticas públicas para o setor, como:

Formação especializada de magistrados; padronização de dados judiciais nos tribunais e acesso às informações essenciais sobre jurisprudências dos tribunais,

<sup>23</sup> NATJus: Núcleos de Apoio ao Judiciário. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoos/forum-da-saude-3/e-natjus/>

<sup>24</sup> S-Codes: é um sistema web de informações que visa controlar e gerenciar demandas judiciais e solicitações administrativas relativas aos serviços de saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/s-codes/>

legislação sanitária e políticas públicas de saúde; **mecanismos de articulação e integração entre organizações que absorvem as demandas de judicialização da saúde**; incentivos às soluções extrajudiciais de conflitos nessa esfera de atuação do Judiciário, proposição de análise sobre estruturas institucionais voltadas à administração da judicialização da saúde, entre outras. (*Ibid.*, p. 19) [grifos nossos].

Destaca-se na assertiva do CNJ, a importância da criação e estabelecimento de mecanismos de cooperação e articulação interinstitucional, cuja essa, constitui a premissa pela qual o presente estudo se debruça. É possível perceber que o diálogo e a relação harmoniosa entre as partes envolvidas no contexto, instituem estratégias suscitadas com frequência e que perpassam por toda conjuntura da judicialização da saúde, corroborando a importância da Gestão Social à luz dessa problemática. Ademais, foi sugerido também o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica de informação que permita pesquisas voltadas à investigação sobre decisões judiciais. Portanto, é notório o esforço do Poder Judiciário em promover soluções que amenizam essa problemática (CNJ, 2021).

Diante do exposto, Santos (2021) desfere críticas quanto ao negligência por parte dos Poderes Executivo e Legislativo no enfrentamento do fenômeno da Judicialização da saúde. Segundo o autor, as causas que motivam a judicialização não vêm sendo enfrentadas, têm-se preocupado mais, no melhoramento da qualidade das decisões judiciais do que na contenção das ações. Portanto, negligenciar o tratamento das causas fomentadoras das ações judiciais não geram impactos na diminuição dos litígios, uma vez que, o direito continuará não sendo efetivado, levando de maneira excessiva o cidadão à justiça.

## 5.2 Categoria: saúde

Conforme definido pela OMS (OMS, 1948, p. 6), a saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Esses valores, quando preservados, asseguram a prevenção de potenciais enfermidades, no entanto, qualquer desequilíbrio que afeta uma dessas dimensões configura-se ameaça a saúde. Esse desarranjo à saúde pode acarretar na necessidade de assistência e/ou insumos de saúde, que, a depender do caso, dá-se início ao ciclo da judicialização da saúde. Dito isso, evidencia-se que a saúde, ou melhor, a falta dela é a razão pela qual os indivíduos judicializam suas causas. Nesse contexto, a categoria “Saúde” é imprescindível para compreensão e tratamento dessa problemática.

Para Schulze (2019), a medicina é a ciência que possui maior representatividade na judicialização da saúde, uma vez que, toda ação judicial origina-se da prescrição médica.

Nessa seara, o autor menciona sobre a medicalização da vida, que incide sensivelmente no aumento dos números de litígios de saúde. Esse fato é facilmente comprovado pelos índices de ações judiciais que reivindicam o fornecimento de medicamentos, sendo essa, a causa mais frequente em todo o país. A cultura hospitalocêntrica e curativista arraigada na população, também contribui severamente para esse desfecho.

Salienta-se que a saúde é composta por um conjunto de fatores condicionantes e determinantes que influenciam diretamente e indiretamente na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (ex. educação, segurança, infraestrutura, saneamento básico, transporte, lazer, acesso a bens e serviços, entre outros). Esses fatores implicam severamente no indivíduo enquadrar-se como um ser saudável e, ao mesmo tempo, denota o quão complexo é efetivar o direito à saúde. No entanto, embora seja extensa a lista de fatores condicionantes e determinantes da saúde, esse estudo propõe abordar estritamente saúde na perspectiva do acesso a serviços e insumos de saúde (achados teóricos e narrativas) como corolário do direito à saúde e suas implicações.

O descumprimento desse direito seja por recursos financeiros insuficientes ou pela ausência de políticas públicas adequadas ou a contento da população, culmina no acesso excessivo ao poder judiciário, com vistas a resguardar tal direito. (NAHSAN, *et al.*, 2020).

#### Quadro 5. Categoria 2: Saúde

Categoria 2 – Saúde		Descrição
Unidades de Análise	– Saúde, um direito constitucional.	Reconhecimento da saúde como um direito essencial, indispensável, inquestionável e inviolável.  Valorização da vida humana com dignidade.  Efetuação da saúde como direito universal, integral e igualitário.  Art. 196. <u>A saúde é direito de todos</u> 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 (BRASIL, 1988).

Fonte: Elaboração própria

A categoria “saúde” (Quadro 5) destaca-se nesse contexto, pela relação intrínseca ao entendimento, a compreensão e a instrução dos indivíduos cada vez mais efetiva sobre seus direitos. O reconhecimento da saúde como um direito essencial e indispensável por parte dos cidadãos aponta para duas vertentes. A primeira consiste na violação desse direito culminando nas ações judiciais (cenário atual). A segunda, é que, para efetivação do direito à saúde, é

necessário a elaboração, definição e estruturação de políticas públicas eficazes, abrangentes e que atendam e respeitem as necessidades da comunidade e as diferenças regionais. Para isso, é necessário fomentar o dever de participação da sociedade civil e o estabelecimento do diálogo entre os atores sociais que compõem o cenário da judicialização da saúde (cenário desejado) (MACHADO, MARTINI, 2018). Esses argumentos tornam-se mais robustos nas discussões nos itens a seguir.

### 5.2.1 Subcategoria: saúde, um direito constitucional.

O direito social à saúde, assim como seu acesso, é concebido com um direito de todos e dever do Estado. Para Nahsan *et al.* (2020) o direito subjetivo à saúde é irrevogável e com garantia de aplicação imediata. Igualmente, Ferraz e Vieira (2009) definem a saúde como um bem indisponível, indispensável, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). No entanto, Carvalho (2021), explica ainda que a saúde pública padece da falta de reconhecimento enquanto política social. Explica que as políticas de saúde são capazes de impulsionar um processo de apropriação, redefinição e de produção de significados sociais, gerando impactos positivos na estrutura social. Isso é também uma forma de discutir noções de cidadania. Esse cenário corrobora as narrativas dos sujeitos participantes, como se pode analisar a seguir.

#### 5.2.1.1 O direito a saúde - artigo 196 da Constituição Federal e a judicialização como estratégia

Como se pôde observar ao longo da análise e da discussão sobre o cenário da judicialização da saúde, o Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) é claramente um dos pontos centrais dessa problemática no país. Isto porque, a CF de 1988 representa um marco importante no campo da saúde brasileira pelo reconhecimento inédito da saúde como um direito, por parte do Estado. Esse direito está discriminado nos Artigos 196 a 200, Seção II, da Saúde, e de forma correlata no Art. 6º, Capítulo II, juntamente com os demais direitos sociais como a educação, lazer, trabalho, transporte, alimentação, moradia, entre outros (BRASIL, 1988, CNJ, 2021).

A partir da CF (BRASIL, 1988) em resposta ao importante reconhecimento do direito à saúde e sua relevante abordagem, foi criado o SUS, por meio da Lei 8080 (BRASIL, 1990).

Os princípios e diretrizes que regem o SUS são essencialmente extraídos do Art. 198<sup>25</sup> da CF (BRASIL, 1988). Segundo o CNJ (2021), todos os artigos da CF que tratam exclusivamente da saúde, padecem da falta de delimitação sobre o que é a saúde em si e o que abrange o direito à saúde, conferindo margem a interpretações extensivas e decisões extremamente lógicas.

Nesse sentido, a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de ser uma prestação constitucional, tornou-se automaticamente uma pretensão jurídica, podendo dessa forma ser exigida por meio de ações judiciais (HAERTER, 2016). Para Moreira (2015), a judicialização existe em decorrência do modelo Constitucional adotado no Brasil. Igualmente, Barroso (2009), explica que a judicialização não é uma opção ideológica, filosófica ou metodológica, mas, uma alternativa de cumprimento de deveres, em conformidade com o modelo institucional vigente.

Fleury (2012) aponta que a garantia integral à saúde, postulada no art. 196 da CF (BRASIL, 1988) se tornou o principal argumento para que as necessidades dos usuários do SUS se convertessem em ações judiciais. Ainda segundo a autora, é uma estratégia para que o direito na lei se transfigure em direito em exercício. Nesse cenário, a judicialização, não somente da saúde, mas no geral, passou a ser vista como efetivadora de direitos previstos na CF. Para Haerter (2016), a transferência das decisões dos Poderes Legislativo e Executivo, ao Judiciário mediante instrumentos jurídicos previstos na própria CF, é uma característica inerente do Estado Democrático de Direito.

Reforçando os argumentos, Carvalho *et al.* (2020), considera que a disposição Constitucional estabelecida pelo Art. 196 (BRASIL, 1988) promoveu alterações nas relações entre o Estado e a sociedade civil, assim como na dinâmica de relações entre os três poderes. Essas mudanças conferiram ao Poder Judiciário o papel de destaque com potencial de esfera garantidora de acesso a serviços de saúde. Desde então, a recorrência de ações judiciais para garantia dos direitos têm sido prática crescente e preocupante, tornando-a tema da agenda nacional da saúde.

Nesse cenário, em reflexo aos achados teóricos sobre o assunto, foi perguntado aos sujeitos quanto ao entendimento e emprego do o Art. 196 da CF (BRASIL, 1988). Se há em

---

<sup>25</sup> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

especial, na percepção deles, algum equívoco em relação à interpretação desse artigo. A esse respeito têm-se:

O equívoco é entender que todos têm direito a tudo ou qualquer coisa. Não tem. O cidadão tem direito a POLÍTICAS PÚBLICAS contra enfermidades/riscos. Se o caso está contido na política, tem direito. Entendimento diverso transformaria o Estado num segurador universal, ônus do qual jamais teria condições de se desincumbir por absoluta falta de recursos. Aliás, escassez de recurso é a razão da existência da Ciência Econômica. (MGS 5)

Não há qualquer equívoco de hermenêutica. A questão se refere mais aos métodos e aos sentidos e aspectos da dogmática jurídica relacionados às políticas públicas. Ainda há uma dissociação entre direito e políticas públicas, tanto em relação ao judiciário quanto em relação ao Executivo e Legislativo. (MGS 10)

Os argumentos supracitados corroboram a inquietação de Schulze (2019, p. 24) e Danielli (2016). Consideram que o equívoco quanto ao Art. 196 incide no entendimento de que o Estado tem o dever de prestar tudo sem nenhum custo. Os autores desferem críticas sobre a interpretação e o emprego majoritário do direito fundamental à saúde.

Sem dúvida há uma crescente sobre a judicialização na área da saúde, e isso se dá não por equívoco no planejar da constituição e sim na execução que garanta mais investimentos e acesso dessa população rica de biodiversidade. (GS 9)

Existe uma falta grande do estado quando se fala em direitos e garantias, há necessidade de uma maior fiscalização, a constituição não está equivocada, nós integrantes da sociedade é que não conseguimos desfrutar do que deveria ser nosso. (GS 6).

Na verdade, a maneira como o Estado oferta a saúde é equivocada [...].(AD 6)

Não, na minha opinião o artigo é bem claro, o que ocorre é uma má gestão do dinheiro público que ao ser desviado do devido destino impede que direitos como a saúde sejam oferecidos em sua totalidade ao cidadão como deveria ser de acordo com a Constituição Federal. (AD 9)

Não, o que há é a ineficiência do Estado em promover o Direito à saúde, garantido no referido dispositivo, que obriga o indivíduo a recorrer ao judiciário. (AD 12)

As narrativas dos sujeitos destacam de forma prevalente as fragilidades do Estado em assegurar o direito à saúde, bem como o papel dos poderes Legislativo e Executivo nesse cenário. Essas ideias coadunam com os argumentos de Carvalho *et al.* (2020), Gómez-Ceballos *et al.* (2019), Travassos (2012) e Brasil (2010) que relacionam os litígios de saúde à precariedade do sistema de saúde e as limitações políticas.

Os argumentos também reverberam o disposto no Art. 196 que por muitas vezes é inobservado quanto às ações deferidas individualmente: a garantia do direito à saúde como um direito social deve ocorrer mediante elaboração e execução de políticas sociais e econômicas por parte do Estado. Essas políticas, em tese, devem emergir das necessidades dos cidadãos, tendo como propósito racionalizar a prestação coletiva do Estado e promover a justiça distributiva inerente aos direitos sociais. Não menos importante, garantir o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO *et al.*, 2020; DINIZ, 2015; SILVA, 2011; BRASIL, 1988).

Nesse contexto, é importante destacar a segunda parte e não menos importante do Art. 196 da CF (BRASIL, 1988, p. 106) sucedendo o enredo que trata da saúde como 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.

Não obstante, explícito também no Art. 198<sup>26</sup> da CF (BRASIL, 1988) e na Lei 8080<sup>27</sup> (BRASIL, 1990), essas premissas, segundo Santos e Carvalho (2001) possuem eficácia plena e imediata, não sendo permitido ao Estado a postergação e o condicionamento do mesmo a futura implementação de programas sociais e econômicos.

É interessante notar que as perspectivas levantadas pelos sujeitos denotam duplo entendimento. O primeiro, que a ineficiência do Estado suscitada pelos respondentes, decorre da debilidade e/ou fragilidade das políticas públicas já estabelecidas, não executadas a contento de todos os cidadãos. O segundo entendimento, pode estar relacionado a queixas contra o Estado em não fornecer “tudo que julgar necessário” para garantir a saúde do indivíduo, ou seja, reivindicações de tratamentos não previstos no sistema de saúde público. Isso ocorre, supostamente, porque o próprio Art. 196 (BRASIL, 1988), endossado com outros dispositivos legais, dá margem a essa dualidade, quando assevera garantir o acesso universal à

<sup>26</sup>Constituição Federal (BRASIL, 1988): Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

<sup>27</sup> Lei 8080 (BRASIL, 1990): Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

saúde. É razoável sugerir que o Art. 196 representa forte motivo para reivindicações/ações contra o Estado e, ao mesmo tempo, argumento plausível para o deferimento das ações proteladas.

No mesmo sentido, Brasil (2005) explica que as ações judiciais têm o potencial de maneira correlata, materializar os direitos Constitucionais, exigir medidas do Poder Público quanto ao cumprimento às ordens judiciais e ainda aprimorar a política brasileira. No entanto, Ventura (2003) faz um alerta sobre a possível limitação das ações judiciais na perspectiva de solução coletiva. Para a autora, embora as decisões judiciais interfiram na regulação e intervenção de algumas relações, elas não conseguem isoladamente interceder diretamente na lógica de algumas políticas, necessitando assim, de outras estratégias que potencializem os resultados e evitem futuras violações.

Outro aspecto muito discutido sobre o Art. 196 na seara da judicialização da saúde é sobre o caráter programático atribuído ao artigo. Essa foi também uma perspectiva levantada por um dos sujeitos participantes do estudo, como denota a narrativa a seguir:

Não há equívoco não. Só que esta norma é programática. não tem efeitos concretos.  
(MGS 1)

Em consonância com o exposto na narrativa do MGS 1, Brasil (2005) explica que o direito à saúde é considerado uma norma programática, e portanto não torna o Poder Público devedora universal de todos os serviços de saúde, uma vez que, é incontestavelmente impossível alcançar essa premissa. Logo, o caráter programático, por muitos compreendido como a impossibilidade de aplicação imediata das normas constitucionais, é um dos argumentos empregados frequentemente nas defesas judiciais do Poder Público. Não obstante, Gouvêa (2016) defende que o direito à saúde previsto no Art. 196 (BRASIL, 1988) não é universal, absoluto e nem individual.

Porém, algumas decisões judiciais, refutam severamente essa ideia, como já discutido anteriormente. Cruz (2012) explica que o Supremo Tribunal Federal reconheceu formalmente o Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) como uma norma programática, no entanto, passou a tratar o direito à saúde como direito subjetivo individual e imediatamente exigível do Estado. Lacerda *et al.* (2019) recorrem ao direito constitucional da dignidade da pessoa humana para destacar a imprescindibilidade da atuação do Estado frente aos direitos básicos e sociais, como o da saúde para efetiva concretização da vida digna. A dignidade da pessoa humana,

segundo os autores, perpassa a vertente do mínimo existencial, logo, a saúde torna-se essencial e indispensável aos indivíduos para que se alcance uma vida digna. Contudo, embora na Constituição, a saúde apresenta-se como norma programática, pela sua forte dimensão prestacional, cabe ao Estado assumir o dever de garantir sua concretização.

Em conformidade o AD-18 corroborou:

[...] tendo em vista a ineficiência do Estado na prestação dos serviços de saúde à população, que é um direito básico, diretamente ligado ao mínimo existencial, não podendo ser negligenciado. Assim, é um direito de todos, [...].

No mesmo sentido, para Mendes e Branco (2017) é impossível proporcionar uma vida digna à sociedade sem um nível mínimo de direitos sociais, dentre estes à saúde. Sendo assim, a legitimação dos direitos pelo Judiciário, consiste na efetivação de políticas públicas pautadas na garantia do mínimo existencial, em respeito à dignidade humana. No ideário, pressupõe-se que ocorra a prestação estatal básica que assegure a cada cidadão uma vida digna. No entanto, quando violado, esse, constitui um parâmetro importante de justiça dos direitos sociais prestacionais, prevalecendo inclusive em face de outros princípios constitucionais (ex.: reserva possível) (BUÍSSA, BEVILACQUA, MOREIRA, 2018).

Silva (1998) explica que os direitos fundamentais à saúde e à educação não devem ser nunca incluídos nas normas programáticas em relação à ordem econômica e social, uma vez que, em ambos os casos, a norma institui um dever paralelo determinado ao Estado. Sendo assim, o Estado tem o dever de efetivar esse direito e, se não cumprido, não se trata de programatividade, mas da violação do direito.

Nota-se que mesmo com a inserção da saúde na lista dos direitos fundamentais constitucionais, por meio dos Art. 196 a 200, não foi suficiente para alcançar a concretude deste direito. Esse cenário evidencia fragilidades da Administração Pública e aponta para a necessidade do empenho constante por parte do Estado e dos gestores na expansão da prestação de serviços públicos de saúde aos cidadãos. Da mesma forma, ao Poder Judiciário é conferido à proporcional importância na preservação dos direitos fundamentais à saúde e à vida (OLIVEIRA *et al.* 2019).

Contudo, nesse contexto conflituoso, permeado por debates tão controversos, o CNJ (2021) outorga que não há o que se contestar sobre o direito à saúde, uma vez que ele é amplamente amparado na CF, no Art. 196 e nos demais dispositivos legais relacionados (BRASIL, 1988). Assim como, é incontestável a obrigação do Estado (as três esferas do Executivo) a prestação dos serviços necessários à garantia e manutenção do direito à saúde.

### 5.2.1.2 Conflitos de interesses: coletivo *versus* individual?

O conflito existente entre as dimensões coletiva e individual que permeia a temática da judicialização da saúde seja talvez, o mais pujante e de difícil consenso. Para Paixão (2019), o gargalo da judicialização da saúde, ancora-se entre o direito à saúde de um indivíduo contra o direito à saúde dos outros, e não, entre o direito à saúde e o dever de responsabilidade fiscal do Estado. Sobre esse aspecto, foi perguntado aos sujeitos participantes, como eles avaliam e interpretam o conflito de interesses individual e coletivo na judicialização da saúde, e se, uma ação julgada deferida, comprometeria ao mesmo tempo a dimensão coletiva.

Esse é um debate demasiadamente prolífico e polarizado, que pôde também ser observado nos discursos dos sujeitos participantes. De um lado, atores sociais, pesquisadores e teorias que apontam os litígios de saúde como fomentadores, capazes de promover mudanças políticas e estruturais de saúde, além de garantir a assistência à saúde, em especial, aos indivíduos de classe socioeconômica baixa. Apoiam-se também com veemência, na premissa da efetivação do direito à saúde e no direito fundamental à vida, para justificarem a dimensão individual, em detrimento do coletivo (SANTOS, 2021; FLEURY, 2012). Os sujeitos participantes corroboraram os argumentos:

Acredito que não compromete a coletividade, pois a saúde no âmbito judicial geralmente atende o indivíduo de forma individualizada, de forma urgente e que força o Estado no cumprimento dos direitos. (AD 6)

Acredito que ao deferir uma ação judicial um juiz pode estar colaborando para que mais pessoas busquem juridicamente o acesso à saúde. Uma decisão individual pode sim influenciar positivamente o coletivo em busca de seus direitos. Acredito que as decisões individuais possuem um impacto favorável no coletivo ao inspirar outras pessoas ao acesso por vias judiciais a saúde. (AD 10)

Como todos tem direito a saúde, não vejo como um prejuízo à coletividade. (AD 14)

Os argumentos levantados pelos participantes remetem a ideia discutida item 4.2. Endossam a perspectiva da soberania incontestável dos direitos do cidadão e do dever do Estado, assegurados pelos dispositivos legais que os regem, especialmente na utilização de forma irrestrita, pragmática e absoluta do Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) sobre toda e qualquer situação que é invocado (HAERTER 2016; DANIELLI, 2016; TOFFOLI, 2009). Paixão (2019) corrobora, o Poder Judiciário decide as causas relacionadas com o direito à

saúde em cognição sumária, desconsiderando os custos de oportunidade<sup>28</sup> referentes à sua tomada de decisão. Não obstante, Santos (2021) chama atenção para os excessos de concessão de liminares<sup>29</sup> na seara da judicialização da saúde.

Tauk (2020) explica que a concessão pouco criteriosa da gratuidade de justiça aumenta o custo social da utilização do Poder Judiciário, transferindo para a sociedade o custo do processo. No mesmo sentido, Schulze (2019) explica que as decisões dos magistrados são proferidas geralmente com base apenas na Teoria do Direito, desconsiderando as evidências científicas do campo da saúde. Em consonância, Segatto (2018) constatou em seu estudo que os juízes, em sua maioria, optam por aplicar diretamente a norma constitucional do direito do indivíduo, do que recorrer aos preceitos teóricos da saúde.

Qualificando a discussão, o CNJ (2021) demonstra a discrepância dos processos com e sem concessão de liminar, estratificados por assunto. O fornecimento de medicamentos e insumos apresentou 83% de processos com concessão de liminar, contra 17% de processos sem a concessão. Hospitais e outras unidades de saúde (internações, UTI e Unidade de Centro Intensivo- UCI) apresentaram taxa de 86,3% de processos com concessão de liminar, sobre 13,7% sem concessão de liminar. Não diferente, o assunto Tratamento médico-hospitalar obteve 81,9% de processos com concessão liminar, contra 18,1% sem concessão. Esses dados evidenciam que grande parte das ações judiciais são deferidas automaticamente, sem exigência mínima de comprovação clínica. Esta situação é indiscutivelmente uma fragilidade no cenário da judicialização.

Numa outra perspectiva:

O interesse individual deve ser analisado perante a necessidade e urgência no acesso à saúde, devendo ser preservado o direito à vida em primeira análise, desta forma, cada caso concreto deve ser analisado diante da urgência, de forma a evitar um prejuízo à coletividade. (AD 12)

---

<sup>28</sup> Custo de oportunidade: Termo originado com Frederick Von Wieser (1851-1926) para determinar a necessidade de escolher entre duas ou mais opções (custo x benefício; individual x coletivo). Pressupõe a existência de duas ou mais alternativas viáveis (BEUREN, 1993).

O Ministério da saúde define por custo de oportunidade: Valor da melhor alternativa não concretizada e possível, dados os recursos limitados disponíveis para a produção de determinado bem ou serviço de saúde (BRASIL, 2013,p. 17).

<sup>29</sup> Concessão de liminar: "A liminar é sempre uma decisão provisória". Quando o caso é urgente o juiz pode conceder esta decisão que chamamos de liminar - agora com o novo Código de Processo Civil é conhecida também por tutela de urgência - a fim de resguardar um direito da pessoa ou evitar mal maior (BEUREN, 1993).

Sobre o direito à vida, posto pelo sujeito participante, Santos e Gonçalves (2020) considera a judicialização da saúde uma injustiça na medida em que a vida é o bem jurídico de maior valor dentre os Direitos e das Garantias Fundamentais, logo, deve ser ela preservada e tutelada preliminarmente. Sem a vida, os demais direitos não subsistem. De forma semelhante, Schulze (2019) trata sobre o direito à dignidade humana. O autor aponta que a dignidade humana, é geralmente invocada para justificar as concessões de acesso a serviços e assistência de saúde. Esclarecendo sobre o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, Schulze (2019) explica que, diz respeito às garantias das necessidades vitais dos indivíduos na sua singularidade.

Não obstante, um levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2018) aponta o risco de morte, como uma das principais argumentações utilizadas nos processos judiciais pelos requerentes. O mesmo estudo revela que em mais de 80% dos processos, as solicitações são deferidas de forma automática, sem qualquer comprovação da demanda. Isso ocorre, supostamente, em decorrência do direito constitucional à saúde, à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Ainda na mesma perspectiva, Haerter (2016) explica que o Estado deve garantir a efetividade do direito à saúde, à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, respeitando suas limitações, estruturas e condições. Em conformidade:

Regra geral, um direito individual não compromete o direito coletivo. Como já dito, o direito a saúde é de todos, mas dentro da interpretação sistemática constitucional, dentro das estruturas do SUS, das aprovações da ANVISA, da necessidade comprovada, etc, e dentro das regras de priorização de atendimento. Isso não é ilimitado. (MGS 8)

Deixando de expor impressão pessoal, posto que inadequada, tenho que a questão deve ser vista caso a caso a fim de se garantir o direito à saúde, sem vilipendiar outros princípios constitucionais, como o da isonomia. [...] (MGS 10)

Depende. Acredito que, ao deferir uma ação judicial, deve ser feito um juízo de razoabilidade, avaliando se a necessidade do requerente é real e urgente, se a concessão do pedido constituiria encargo demasiado oneroso para o ente público, analisar a complexidade da demanda e se esta não devia ser requerida a ente de hierarquia maior etc. Fazendo essas ponderações, não acredito que haveria um comprometimento à coletividade. (AD 13)

Corroborando a discussão, Toffoli (2009) lamenta o emprego casual da CF (BRASIL, 1988), desconsiderando a magnitude e abordagem sistemática da Carta Política Brasileira. O autor conclama a consistência da seção que trata do direito à saúde dentro da CF e critica o

uso abusivo, praticamente exclusivo do Art. 196 do referido documento para fundamentar as decisões prolatadas pelos magistrados.

Ainda na perspectiva do atendimento às necessidades individuais em detrimento do coletivo, os sujeitos participantes responderam:

Não há prejuízos ao coletivo. (AD 8)

Esse movimento de individualização do coletivo é preocupante e demonstra falta de empatia, porém, o culpado é o Estado, uma pessoa com problemas de saúde e sem o devido respaldo deve lutar para sobreviver, independentemente do resto, infelizmente é assim. (AD 22)

Este é o dilema sempre invocado. Uma discussão que passa por personalismo ético e pelo utilitarismo. Penso que a solução deve ser dada caso a caso. (MGS 3)

É possível supor, por meio da narrativa do participante (MGS 2), alguns critérios aplicáveis nas decisões das ações judiciais cunhadas individualmente, com objetivo de minimizar os prejuízos à coletividade. A saber:

Na observação se houve exaurimento prévio do SUS na solução da problemática apresentada à justiça, na avaliação da hipossuficiência e na urgência pautada em critérios técnicos. (MGS 2)

De modo geral, as perspectivas levantadas pelos participantes, corroboram os argumentos de Carvalho *et al.* (2020), Gómez-Ceballos *et al.* (2019), Travassos (2012) e Brasil (2010) quanto à judicialização da saúde. Para os autores os litígios de saúde retratam a precariedade do sistema de saúde público, apontam fragilidades e limitações nas políticas públicas de saúde, além de expressar as necessidades de mudanças nas diretrizes clínicas e nos programas de saúde. Carvalho *et al.* (2020) explica que, embora as ações judiciais apresentem-se majoritariamente individuais, estas, podem constituir a necessidade de tantos outros cidadãos, tornando-as uma indignação coletiva. Portanto, para os autores os litígios de direito à saúde, indicam a necessidade de reestruturação e reorganização da oferta de serviços de saúde e das políticas públicas, vislumbrando o bem comum, a diminuição das ações judiciais e conseqüentemente as despesas imprevisíveis nos orçamentos do Estado.

Retomando a trajetória histórica da judicialização da saúde no Brasil, caracterizada pela institucionalização do tratamento do HIV/AIDS na década de 1990, espera-se que outros grandes avanços na saúde pública possam surgir nesse cenário obscuro, em benefício à sociedade. Acredita-se que, havendo repetidas ações judiciais reivindicando às mesmas causas, associado à mobilização popular e o interesse do Poder Legislativo, é possível que essas contestações em massa, venham a ser institucionalizadas em forma de políticas públicas, provocando mudanças sistêmicas que beneficiem grupos vulneráveis. Não obstante, em relação aos fármacos, pode ser que, diante das excessivas solicitações, sejam esses, incorporados a Política Nacional de Medicamentos do SUS, gerando assim resultados positivos para coletividade (a exemplo: anti-hipertensivos, poliquimioterapia da hanseníase, antidiabéticos, entre outros).

Portanto, é possível sugerir que, as demandas judiciais, mesmo que predominantemente individualizadas, tendem a privilegiar, ainda que indiretamente e em pequeno grau, a coletividade. Ainda nesse cenário, vale ressaltar a escassez de estudos que examinam o potencial do litígio à saúde em nível comunitário, bem como, o reconhecimento do seu papel enquanto mecanismo de responsabilização e propulsor de arranjos institucionais mais robustos (SOCAL, AMON, BIEHL 2020). Para Gusmão (2017), se tratando da judicialização da saúde na perspectiva da coletividade, quando o objeto demandado não estiver relacionado à efetivação de políticas de saúde já implantadas, ignoradas ou descumpridas pelo Poder Público, o que se tem é a preservação dos princípios da universalidade, igualdade, e equidade, assim como a efetivação da macrojustiça.

Contrariando os argumentos, do outro lado do conflito, encontram-se indivíduos desfavoráveis a judicialização da saúde, impelidos pelos impactos negativos na organização, execução e planejamento de políticas públicas, pelo desequilíbrio orçamentário provocado pelas decisões favoráveis às ações judiciais e por ferir o princípio e a prestação sanitária coletiva e igualitária (SANTOS, 2021; MORO *et al.* 2019; ANDREIA E LAMPREA, 2019; MOLITERNO, 2018; DANIELLI, 2016; HEARTER, 2016; DINIZ, 2015; TRAVASSOS, 2012; PAIM, 2010; GONTIJO, 2010; VIEIRA, 2008). Isso porque, os recursos financeiros desta rubrica são finitos e previamente planejados, enquanto as necessidades são infinitas e imprevisíveis, dando origem ao descompasso entre o direito individual e o coletivo (HAERTER, 2016).

Esse grupo, crítico e contrário às decisões judiciais, especialmente as de cunho individual, vêm ganhando força frente a esse dilema. Uma vez que, essas decisões ignoram as prescrições legislativas sobre a prestação de políticas públicas, provocando desorganização

orçamentária e efeitos regressivos severos e duradouros (RODRIGUES, 2021). Em consonância, Barbosa et al. (2017) explicam que, é sim, necessário garantir a vida e a saúde, no entanto, considerando o direito individual sem detrimento do coletivo. Esses aspectos são também evidenciados nas narrativas dos sujeitos da pesquisa:

[...] Um benefício concedido num processo judicial significa, ao mesmo tempo, em prejuízo para implementar serviços que certamente atenderão inúmeras outras pessoas. (MGS 5)

Avalio desfavorável em detrimento da coletividade. Entendo que, dependendo da decisão pode haver o comprometimento de todo o orçamento previsto para uma ação que atingiria toda a coletividade. (MGS 12)

Há sim uma preocupação muito grande quando há esses conflitos em que o cidadão quer a todo custo que os setores da justiça garanta para ele indivíduo um medicamento que custa o valor do repasse por exemplo para cuidar de toda a sua comunidade. Exemplo: temos visto casos no Tocantins que o medicamento custava o mesmo valor que era repassado para a estratégia de saúde da família, de forma que forje do interesse coletivo que a saúde trabalha na coletividade e não na individualidade. (GS 7)

O interesse público deve prevalecer sobre o individual [...].(GS 9)

Complicado...porque algumas ações individuais impactam negativamente nas ações de saúde de coletividades devido a escassez de recursos. (GS 11)

Um grande problema uma vez que cumprida a ação mobilizou recursos que porventura poderia ser alocado em ações coletivas. (GS13)

Entendo que ao deferir uma ação judicial o juiz pode comprometer a coletividade, uma vez que existem medicamentos que custam milhões aos cofres públicos. (AD 4)

Um levantamento realizado pela Suprema Corte Brasileira sobre os danos causados pelas decisões judiciais, constatou que é impossível salvar todos os indivíduos que necessitam de assistência à saúde, por uma limitação fática: o Estado não dispõe de recursos orçamentários e estruturais suficientes para atender a todos os doentes. Nesse sentido, as decisões judiciais tendem a agravar essa situação, pois, introduzem no sistema de saúde injustiças por meio da realocação de recursos, já escassos, para o provimento de uma ação judicial individual, impactando na saúde de dezenas, centenas e milhares de pacientes anônimos (PAIXÃO, 2019).

Com base nisso, é possível prever e sugerir que a judicialização da saúde no Brasil é um problema cíclico e sem solução. O Estado por sua vez, apresenta-se ineficiente e com

recursos orçamentários escassos. Como consequência, têm-se um sistema de saúde precário, com cobertura populacional relativamente baixa. O resultado disso é uma parcela considerável da população desassistida, com constantes e difusas necessidades, buscando no Poder Judiciário a garantia do acesso aos serviços de saúde e tratamentos, postulados como direito básico e fundamental nos dispositivos legais do país.

De acordo com Leão e Lanni (2020), a judicialização é uma síntese do processo de individualização. Em conformidade, Santos (2021) explica que a judicialização da saúde tem sempre caráter individual, o que compromete a consecução da macrojustiça, do atendimento coletivo em benefício do individual. Na visão do autor, a microjustiça na saúde ameaça a macrojustiça que fica postergada pelo atendimento às necessidades individuais, predominante no fenômeno da judicialização da saúde, em detrimento de um sistema de saúde universal e igualitário. Para o autor, a microjustiça apresenta baixa, restrita e fragmentada resolubilidade ao sistema público de saúde. No mesmo sentido, Gusmão e Fernandes (2017) apontam que a inobservância da equidade nas questões de saúde, associada ao ativismo judicial e a concessão da microjustiça, acarretam efeitos deletérios na sociedade e na macrojustiça.

Em consonância, Santos (2021), Junckes (2020), Leão e Lanni (2020), Gusmão e Fernandes (2017) argumentam que a priorização das ações individuais (microjustiça) em detrimento das ações coletivas (macrojustiça), agrava iniquidades no acesso à saúde em relação aos indivíduos socialmente mais vulneráveis. Ainda nesse cenário, Junckes (2020) e Paim (2018) destacam que as ações judiciais de saúde pleiteadas individualmente não contribuem para a democratização do Sistema Público de Saúde e é inversamente contrário aos ideais de justiça social. Em conformidade, Paim (2018) completa que o direito social à saúde é um direito coletivo, inalienável, e não deve ser preterido por necessidades individuais.

De acordo com Yamen e Gloppen (2011) o elevado índice de ações coletivas (como nos casos de ação civil pública) sugere um certo grau de racionalização da judicialização da saúde, em que o direito à saúde é discutido num âmbito coletivo, como se dá nos países como na Índia e na África do Sul. Ainda nesta seara, Paixão (2019) faz ressalva sobre a carência de debates e estudos que reflitam sobre as consequências da judicialização, sob pena de o Poder Judiciário, ainda que, na boa intenção de salvar vidas, esteja cometendo, paralelamente, injustiças com a população, ceifando mais vidas do que salvando.

É nesse cenário conflitante e repleto de incertezas, que urge a necessidade do fortalecimento da democracia e da cidadania com propósito de diminuir as iniquidades do sistema e privilegiar o acesso e igualitário e universal à saúde, como preconiza a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e outros dispositivos legais. Dito isso, a Gestão Social pode se

configurar como uma alternativa valiosa nesse processo (discutido na seção 3). Não obstante, infere-se imprescindível nesse cenário, a busca do equilíbrio entre os interesses coletivos e individuais. Nesse sentido, o IBC, categoria teórica que compõe a GS, corrobora esse objetivo, isso porque, para o IBC o bem-estar coletivo deve estar (ou buscar estar) em equilíbrio com o bem-estar individual. Portanto, os interesses coletivos e individuais são indissociáveis e complementares.

### 5.3 Categoria: sociedade civil

A sociedade civil foi historicamente compreendida como uma delimitação do Estado, uma relação até então marcada pela dicotomia, em que, ocupava apenas espaços nos quais o Estado não se fazia presente. No entanto, no século XIX, numa perspectiva mais liberal, surge o conceito contemporâneo da sociedade civil, como sendo, uma organização que supera a dominação estatal e ganha forças emancipatórias, tornando-se independente do Estado para sua atuação. Não satisfeitos, estudam ainda a possibilidade da ideia de uma sociedade civil sem Estado, buscando, além de livrar-se da coação exercida por este (Estado) em relações, dissipar o poder político ali retido (PASA, 2021). É nesse cenário de valorização da sociedade civil, emancipação e decisão coletiva sem coerção, que este estudo se debruça.

#### Quadro 6. Categoria 3: Sociedade Civil

Categoria 3 – Sociedade Civil		Descrição
Unidades de Análises	- Coletividade, mobilização e participação popular	<p>Conscientização e reivindicação do direito à saúde.</p> <p>Segregação das classes socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Delineamento do provável conflito de interesses entre as dimensões individuais e coletivas diante da judicialização da saúde.</p> <p>Pertencimento no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas.</p>

Fonte: Elaboração própria

A categoria “sociedade civil” (Quadro 6) reforça e endossa o argumento supradito, em relação ao cenário almejado para a judicialização da saúde, que essa tese se propôs a defender por meio da inserção da GS no contexto da judicialização da saúde. A GS por sua vez, situa a sociedade civil como protagonista no processo, fomentando a participação da sociedade civil na discussão e elaboração das políticas públicas, na gestão da saúde e nas tomadas de decisão,

de forma coletiva e sem coerção. Ademais, essa categoria teórica será mais bem fundamentada nos itens a seguir.

### 5.3.1 Subcategoria: Coletividade, mobilização e participação da comunidade

A participação da comunidade na construção e na gestão de políticas públicas de forma deliberativa constitui um dos princípios dos SUS e um direito Constitucional, que ocorre preferencialmente no campo da saúde, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). No contexto da judicialização da saúde, essa participação se faz ainda mais necessária, pois, de forma correlata, os cidadãos são os querelantes das ações judiciais impelidos pela precariedade do sistema de saúde, pela ineficiência do Estado e pelas fragilidades das políticas públicas. Ao mesmo tempo, são também, os mais prejudicados pelos excessos de litígios. Portanto a participação da comunidade nesse cenário tende a privilegiar a elaboração de políticas públicas mais abrangentes e eficazes a coletividade, promover melhoras no sistema de saúde e, por conseguinte, amenizar os efeitos e os excessos da judicialização da saúde.

#### 5.3.1.1 Privilegiados e requerentes da judicialização da saúde

Ainda não é consensual o perfil dos demandantes das ações de judicialização da saúde. O cenário aponta para duas realidades distintas, de um lado, indivíduos que apresentam hipossuficiência financeira, por isso, não possuem condições de arcar com as despesas relacionadas à saúde, levando a requerer seu direito de acesso a serviços e insumos de saúde. Por outro lado, sujeitos provenientes de classes sociais mais altas, maior grau de instrução e por isso, obtêm acesso privilegiado aos advogados. Diante desse cenário conflituoso, foi perguntado aos sujeitos participantes, qual seria a camada da sociedade mais beneficiada ou privilegiada pela judicialização da saúde. As narrativas dos sujeitos participantes, de modo geral, seguiram o padrão controverso corroborando as teorias. Neste primeiro momento, apresentam-se e discute-se as assertivas dos sujeitos favoráveis ao pressuposto de que as classes sociais média a alta são as mais privilegiadas no contexto da judicialização da saúde.

A camada que possui uma boa condições financeiras, e que possuam advogados para buscar os direitos. (AD 1)

Vemos que as pessoas instruídas, que reconhecem o direito a ser exigido. (AD 4)

A camada social de classe mais elevada, tendo em vista a facilidade no acesso à justiça, pois, ainda que este seja um direito de todos, para maior agilidade e eficiência, é necessário efetuar gastos, como advogado e custas processuais. (AD 10)

As pessoas de classe média e as que possuem conhecimento à respeito dos seus direitos. [...] (AD 14)

A camada social de classe mais alta, tendo em vista maior poder aquisitivo para ingressar no judiciário de forma mais rápida, sem depender de atendimentos públicos, como a defensoria. (AD 19)

Os ricos. Porque têm condições de contratar advogado (MGS 6)

Classe média para alta. (MGS 11)

As pessoas que possuem condição financeira maior. (GS 1)

Os da média. (GS 2)

Classe média, devido a seu esclarecimento e condição econômica. (GS 3)

Público com maior grau de instrução e renda. (GS 11)

Esses discursos coadunam os de Barros (2020), Gómez-Ceballos et al (2019); Araújo (2019), Lamprea (2017), Neto (2012), Vieira (2008). Os autores enfatizam que o fenômeno da judicialização da saúde tende a privilegiar uma parcela minoritária da população que detém maior recurso financeiro para custear honorários advocatícios, em detrimento daqueles que têm menores condições. Araújo (2019) constatou a prevalência de ações judiciais propostas por advogados privados tendo como proponentes cidadãos com alta formação científica e com condições suficientes para custear honorários advocatícios. Esse cenário imposto pela judicialização pode introduzir fatores que maximizam a desigualdade na distribuição dos benefícios e recursos à saúde, aumentando a iniquidade do sistema.

Para Junckes (2020) essa situação gera como consequência no âmbito da macrojustiça, uma verdadeira injustiça. Visto que, os recursos orçamentários da saúde são desviados frequentemente para atender uma pequena parcela da população que tem acesso ao judiciário, enquanto, a maior da parte da população, que depende exclusivamente do SUS, das políticas públicas e de programas assistenciais para a tutela do direito à saúde, são prejudicados. No mesmo sentido, Carlini (2012) explica que, se as decisões judiciais tutelam apenas os sujeitos que têm acesso à justiça, e esses representam a minoria, o acesso à justiça e a saúde ficam restritos aos indivíduos das classes sociais mais elevadas.

Toda sentença judicial à saúde gera gastos, que em certa medida, implicam no orçamento público. Logo, ao atender os indivíduos que possuem maiores recursos financeiros, está também ao mesmo tempo, transferindo recursos destinados à satisfação da necessidade da maioria, que geralmente são indivíduos com maior vulnerabilidade social, para atender o interesse da minoria, que apresentam menor índice de vulnerabilidade social. Nesse sentido, a judicialização da saúde fere o princípio da equidade, que em outras palavras, consiste em conceder proteção aos que mais necessitam. Sendo assim, urge um grande problema, a distorção dos direitos sociais contra os menos favorecidos. Nesse caso, o direito à saúde converge-se num direito social contra os mais necessitados, uma vez que, a judicialização prejudica a efetividade do direito à saúde dos menos favorecidos em detrimento daqueles que já são socialmente privilegiados (DINIZ, 2013; GOUVÊA, 2013; SANTOS, 2012; CHIEFFI, BARATA, 2009; WANG, 2009; VENTURA et al., 2010; SALOMÃO, 2012).

Por outro lado, há aqueles que defendem a camada da sociedade proveniente de classes sociais menos favorecidas. Nesse sentido, a judicialização é entendida como a maneira encontrada de garantir o direito à saúde, para alguns, inclusive a última alternativa para obter acesso a serviços e insumos de saúde (BIEHL, SOCAL, AMON 2016; HAWERROTH, 2021; CHAGAS, 2019). Alguns participantes também defendem essa vertente.

Camada mais pobre da sociedade. (AD 2)

As camadas mais vulneráveis, sociedade mais pobre que necessita do serviço estatal gratuito. (AD 3)

A população menos favorecida economicamente. Porém, mudaria o termo "beneficiada" por "demandada". Não imagino como benefício algo que é direito seu e você ainda precisa buscar auxílio do judiciário para reivindicá-lo. (AD 5)

As pessoas mais pobres, porque são as que mais necessitam da saúde pública. (AD 11)

As que necessitam de amparo na saúde pública, na hora que mais necessita e esse direito é negado. (AD 12)

Classe baixa, pois são os que mais sofrem com o impacto da ineficiência do sistema de saúde, e conseqüentemente os que mais precisam. (AD 17)

Hipossuficiente, diante da escassez de recurso para procurar a iniciativa privada. (MGS 2)

As populações mais carentes, porque contam com uma assistência efetiva da defensoria pública. Basta ver que a defensoria está sempre atuando na maioria dos casos de saúde judicializadas. (MGS 3)

As camadas mais vulneráveis e pobres da população. [...] (GS 5)

A classe baixa, pois é a que mais sofre no sistema de saúde brasileiro. (GS 9)

Nesse cenário, é importante ressaltar que os mais necessitados financeiramente, além de dependerem exclusivamente do SUS, são também a classe social mais vulnerável e suscetível ao adoecimento. Isso porque, muitas vezes vivem em condições insalubres e são expostos com mais frequência fatores de riscos à saúde. Essa assertiva pode ser comprovada por Chagas *et al.* (2021) que constatou que o gasto médio com medicamento de uma família com renda média e alta representa 25% a 30% do total dos gastos com a saúde. Enquanto, uma família com renda baixa, investe 60% a 70% do total de gastos com saúde, em medicamentos.

Um estudo realizado pelo CNJ (2021) constatou que a maioria das demandas judiciais analisadas, foram mobilizadas por indivíduos em suposta situação de vulnerabilidade econômica. Os acórdãos revelaram também que a busca ao judiciário reivindicava com maior frequência a “representação pela defensoria pública ou advogado dativo”, “justiça gratuita”, “hipossuficiência” e “insuficiência de renda”. Não diferente, o estudo realizado pela Fiocruz (2021) apontou que a maior parte dos litígios de saúde, são provenientes de usuários do SUS. No entanto, não é possível afirmar se o indivíduo ingressou no SUS apenas para instaurar o processo litigioso, ou se nunca havia sido atendido pela rede privada de saúde.

O relatório da Fiocruz (2021) revelou também um comportamento destoante dos litígios de saúde entre as regiões do país. Nas regiões Sul e Sudeste, as ações judiciais são predominantemente movidas por advogados privados e escritórios, enquanto, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, prevalecem os litígios de saúde via defensoria pública. Esse cenário reforça as teorias das desigualdades sociais e regionais que assolam o país, evidenciando a concentração de pessoas com rendimento de até meio salário mínimo nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2021).

Para Wang (2021) é incontestável que a judicialização da saúde gera custos de oportunidade demasiados e crescentes, suportados pelos outros usuários do SUS. Neste cenário de divergências e falta de consenso, as narrativas a seguir definem bem a realidade desse contexto e denotam a importância do tratamento especial dessa problemática.

Não há mais beneficiada, há mais prejudicada: a mais carente. (MGS 4)

Não há "camada" de beneficiados. Infelizmente a judicialização das políticas públicas externa falha programática estatal a qual, muitas das vezes, mesmo que movida pela garantia da inafastabilidade da jurisdição, intervêm em atos de governo e de estado e possuem potencial possibilidade de ofensa ao princípio da isonomia. (MGS 10)

Portanto é possível perceber que enquanto persistirem problemas que geram conflitos de ambiguidade, em especial aqueles que remetam ao beneficiamento de uns em detrimento de outros, seja de ordem de classe social ou de individualidade e coletividade, jamais se chegará num bem comum. É utópico acreditar que serão extintos os problemas dessa natureza, no entanto, podem ser amenizados por meio de estratégias de diálogos interinstitucionais e entre os atores sociais da judicialização, com objetivo de promover equilíbrio e harmonia nesse cenário, corroborando para um sistema de saúde mais justo e para redução das ações judiciais à saúde.

#### 5.3.1.2 Possibilidades da gestão social no enfrentamento da judicialização da saúde

Para destacar a potencialidade da GS no cenário da judicialização da saúde, faz-se necessário retomar alguns aspectos já discutidos. Inicialmente, é importante salientar que o eixo central da discussão da GS no contexto da judicialização da saúde, não se dá na legitimidade do direito constitucional à saúde. A GS poderá atuar como estratégia fomentadora do direito à participação social, impulsionando e favorecendo por meio de suas características intrínsecas o diálogo entre as partes e/ou atores envolvidos diretamente no problema da judicialização da saúde. Isso poderá incidir diretamente nas tomadas de decisão coletiva, especialmente, no que tange a perspectiva da elaboração de políticas públicas de saúde, que atendam de fato as necessidades da comunidade. Logo, por conseguinte, privilegia a garantia do direito à saúde por aqueles a quem compete, diminuindo a necessidade de intervenção do judiciário.

Obedecendo a ordem cronológica do estudo, retomamos o aspecto quanto à interpretação da judicialização da saúde. Predomina-se o entendimento da judicialização da saúde como uma estratégia, alternativa ou mecanismo de efetivação do direito à saúde, ora violado ou negado. Isso porque, na Constituição Cidadã (BRASIL, 1988), é claramente expressa a garantia do direito à saúde e à vida humana com dignidade, tendo o Estado como o

maior responsável e provedor desses direitos. Portanto, tudo que fere esses aspectos, tornam-se importantes motivadores para justiçaabilidade dos direitos sociais prestacionais.

Em reflexo a esse cenário, têm-se as vultosas demandas judiciais, predominantemente de cunho individual, reivindicando de forma majoritária o acesso a serviços e insumos de saúde. Dados revelaram que 80% das ações judiciais relativas à saúde são deferidas automaticamente (FIOCRUZ, 2018; CNJ, 2021) resultando em impactos negativos no orçamento já escasso da saúde, além dos efeitos deletérios à coletividade. O atendimento expressivo das demandas individuais em detrimento do coletivo é apontado como provocador de iniquidades e de desequilíbrios financeiros na rubrica da saúde. Isso porque, a judicialização à saúde é habitualmente evocada para suprir demandas de saúde, reduzidas ao acesso às serviços e insumos, infringindo gravemente os princípios de equidade, integralidade e universalidade, postulados na Lei 8080 (BRASIL, 1990) e na CF (BRASIL, 1988).

Esse cenário evidencia o quanto a sociedade e o coletivo padecem de políticas públicas, ações e investimentos que vislumbrem o benefício comunitário. Em tese, os recursos públicos seriam racionalmente melhor empregados em políticas públicas de massa, inclusivas, integrativas, com vistas a alcançar maior contingente populacional possível. Sobre esse aspecto, foi perguntado aos sujeitos participantes, quanto às soluções, estratégias que poderiam ser tomadas ou implementadas para minimizar os números de ações judiciais à saúde. Sobre isso responderam:

Ações que busquem implementar política pública de saúde. (MGS 10)

Ativismo social, políticas públicas, judicialização dos direitos sociais etc. (AD 3)

Entendo que através de políticas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e em pé de igualdade às ações e serviços que visem a precaução e promoção da saúde. (AD 4)

Existem políticas públicas que podem e devem ser aplicadas para garantir o direito à saúde de toda a população. (AD 10)

Sim, existem políticas públicas que podem e devem ser aplicadas de modo a oferecer serviços de saúde a toda a população de forma mais igualitária, bem como melhor distribuição de recursos, que permitiriam uma redução das demandas judiciais relacionadas à problemática. (AD 19)

Os gestores de saúde, responderam majoritariamente que a participação popular de forma efetiva na elaboração, discussão e fiscalização das políticas públicas, configuram-se

como melhor estratégia para efetivação do direito à saúde. Segundo Carvalho *et al.* (2020) as políticas públicas destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, considerando as principais necessidades de saúde da população. Para o autor, a garantia do direito à saúde via judicial, contradiz o que é preconizado na política pactuada da assistência à saúde.

No mesmo sentido, Cruz (2012) desfere críticas sobre a reivindicação do direito à saúde via concessão judicial. Todavia, a consecução desse direito à saúde deve advir exclusivamente da participação popular. Ainda segundo o autor, as instâncias judiciais são privilegiadas, arbitrárias, soberanas e paternalistas que se apropriam do papel de regente e promovedor das condições éticas de uma comunidade. Para Ramos (2017), as excessivas ações judiciais de saúde, constituem um sistema de saúde paralelo ao existente, provocando consequências desastrosas no orçamento da saúde. Recomenda, portanto, o equilíbrio entre as políticas públicas e o direito individual, para que os danos gerados ao orçamento, não inviabilizem a execução da política de saúde para o coletivo.

Sob a perspectiva da importância das políticas públicas no campo da saúde, em especial no cenário o da judicialização, faz-se necessário lembrar que os dispositivos legais que compõem o arcabouço do SUS, bem como do direito à saúde, têm como eixo central e norteador as políticas públicas. Portanto, fica evidente que o dever do Estado em efetivar o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde, deve ocorrer mediante elaboração e execução de políticas públicas. Nesse sentido, o papel da sociedade civil na construção dessas políticas públicas é imprescindível.

Wang (2009) explica que as políticas públicas nem sempre são o caminho mais desejado e confortável pelo o Poder Judiciário. Para o autor, os magistrados e tribunais se mostram mais dispostos a decidir favoravelmente nas demandas individuais do que propor reformas estruturais na política pública de saúde via ações coletivas. Para o autor, essa situação induz a interpretação de que tratar as necessidades de saúde individuais, amparadas pelo direito à saúde, é uma vantagem sobre as políticas de saúde. No entanto, é oportuno refletir que a formulação de políticas públicas decorrentes da judicialização é contrária ao modelo de Estado democrático, pois, substitui a representação política eleita democraticamente. Este fato pode culminar no desmoronamento da sociedade democrática, ao desprezo do poder tutelar do Estado, aumentar a participação e recorrência do Poder Jurídico levando até a supremocracia (BARREIRO, FURTADO 2015).

Cumprе ressaltar que é na formulação das políticas que se estabelece a justiça distributiva, estima-se o custo-efetividade (proporcionar maior número possível de benefícios com os recursos disponíveis), e avalia o impacto orçamentário, que consiste na avaliação do

impacto do fornecimento de uma intervenção sobre a sustentabilidade de outros serviços (WANG, 2021). Portanto, a interpretação de que, em virtude do direito constitucional à saúde, a necessidade do indivíduo é uma vantagem sobre as políticas públicas, configura-se como um agravante desse cenário da judicialização da saúde.

Outro importante fator a ser considerado nesse cenário, é que, as políticas públicas que primam pela promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos, são menos onerosas ao Estado e mais abrangentes, a exemplo, a Política Nacional de Imunização. Segundo a OPAS (2019), a Atenção Primária à Saúde (APS) é preferencialmente a porta de entrada ao sistema público de saúde a todo e qualquer indivíduo, sem distinção. Oferece atendimento universal, acessível, baseado na comunidade e com alta taxa de resolutividade, estimada em 80 a 90% das necessidades dos indivíduos. Essencialmente, a APS caracteriza-se pelo conjunto de ações individuais e coletivas que priorizam a promoção, proteção, manutenção da saúde, a prevenção de agravos, entre outros, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Esse, portanto, configura-se o caminho mais promissor, menos árduo e oneroso ao Estado, quanto o atendimento das necessidades de saúde da população e no cumprimento do direito à saúde. Logo, se o país apresentar uma base sólida e eficiente da APS, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, que por sua vez, são essencialmente extraídos da CF (BRASIL, 1988), acredita-se que é possível gerar impactos na diminuição das demandas judiciais de saúde, que em sua maioria, reivindicam individualmente tratamentos farmacológicos.

É nessa perspectiva de valorização da APS do SUS e das políticas públicas de saúde que, a efetiva participação da comunidade ganha destaque. É importante lembrar que a participação da comunidade configura-se como uma das diretrizes do SUS legitimadas nos artigos da CF (op. cit.), na Lei 8080 (BRASIL, 1990) e na Lei 8.142 (Op. cit.). Endossando a discussão, é importante ressaltar que o dever do Estado em garantir a saúde da população, não exclui o dever das pessoas, família, empresas e da sociedade (BRASIL, 1988). Pressupõe-se que o texto não restringe somente aos cuidados para conservação e manutenção da saúde (bem-estar físico, livre de agravos), mas também na participação efetiva dos cidadãos na construção de um sistema de saúde justo e eficaz. Para o CNJ (2021), a saúde é sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social.

Nesse contexto, é importante destacar as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei 8142 (BRASIL, 1990) como espaços privilegiados para discussão de assuntos inerentes à saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em especial,

possuem caráter permanente e deliberativo. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, usuários do sistema público de saúde e por profissionais de saúde. Os conselhos atuam na elaboração de estratégias e no monitoramento das políticas de saúde (Op. cit.). Silveira, Cançado e Pereira (2014) definem os conselhos como, a legitimação do acesso do cidadão aos assuntos públicos, sendo estes, passíveis ao aperfeiçoamento e a novas possibilidades democráticas.

Para Kronemberger, Medeiros e Dias (2016), os conselhos constituem o principal canal de participação cidadã e espaços públicos privilegiados para a prática da GS. No entanto, salientam que, nem todo espaço público privilegiado para debates, configura-se uma prática de GS ou a efetivação da mesma. Em relação à prática da GS nos conselhos, Tenório (2016) explica que, para tal, todos os conselheiros, bem como os cidadãos que os compõem, devem estar envolvidos nas discussões e deliberações. Portanto, mesmo que já instaurados os CMS e que ocorram as discussões sobre assuntos pertinentes à saúde, esses, não devem de maneira irrefletida ser reconhecidos como prática de GS. O mesmo ocorre, ou se aplica ao Fórum Nacional do Judiciário instituído em 2010 (CNJ, 2010). Dessa forma é possível afirmar que, o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, pode avançar com práticas baseadas na GS.

O diálogo entre os atores envolvidos no contexto da judicialização é um tema já bastante discutido e inclusive apontado como alternativa de racionalizar as ações judiciais e amenizar os efeitos nocivos gerados (MACHADO; MARTINI, 2018; CNJ, 2021; SILVA, 2014; SCHUMAN; SILVA 2017). Segundo Carvalho (2020), a criação de espaços para diálogos entre os Poderes Judiciário e Executivo, configura a principal estratégia para o enfrentamento da judicialização de saúde. Para Ramos *et al.* (2017) o estabelecimento do diálogo entre os atores sociais e as instâncias jurídicas, executivas e legislativas, é uma necessidade urgente no contexto da judicialização. O diálogo segundo o mesmo autor é essencial para compreender os diversos prismas de observação e interpretação da realidade imposta pelo objeto em questão e para elaboração conjunta de propostas que contribuam para mudanças profundas da realidade.

Machado e Martini (2018) apontam para a ausência do diálogo nesse cenário. Para os autores, para que haja efetividade do direito à saúde, de caráter transindividual, é necessário a cooperação contínua e fraterna entre os três Poderes e a sociedade civil. Parte-se do princípio que, para efetivar uma política pública adequada, é imprescindível a participação dos cidadãos desde o processo de gestão da mesma, até sua implementação. Isso, segundo os autores, resulta na garantia do direito à saúde, pois, não é suficiente apontar que a saúde constitui um

direito de todos e dever do Estado. É necessário criar condições para que esse direito seja alcançado, e, isso só é possível, por meio de políticas públicas que respeitem as diferenças loco-regionais, uma vez que, os problemas de saúde não são territorialmente limitados.

Ainda segundo Ferreira (2013) o diálogo nesse contexto da judicialização toma contorno cada vez mais explícito, sob pena de inviabilizar a gestão do SUS. Nesse cenário, o diálogo e a participação popular também foram preocupações levantadas pelos sujeitos da pesquisa, como denotam as narrativas a seguir:

Com a participação efetiva popular e de órgãos representativos setoriais nas comissões do SUS, bem como nas comissões estaduais e locais como o Natjus. (MGS 5)

Maior participação no processo de elaboração da LOA<sup>30</sup> e da LDO<sup>31</sup> e estrito acompanhamento e fiscalização de suas execuções. (MGS 11)

Precisamos pensar numa pauta compartilhada em que todos dos setores se conversem seja ele administrativo do governo local, estadual, secretarias de saúde ,ministérios públicos, defensorias públicas setores da sociedade local para construir uma alternativa consensualizada. (GS 7)

Abrindo uma pauta de diálogo com os setores judiciários falando das normas e LEIs que regem o setor Saúde e suas responsabilidades. (GS 8)

Ademais, fortalecendo os argumentos, a ausência ou precariedade da relação entre os atores envolvidos no contexto da judicialização, foi também citada pelos sujeitos participantes:

As relações são precárias. (GS 8)

Acho ainda distante essa relação. (GS 13)

Nunca soube de o Estado ter manifestado interesse de dialogar sobre o tema com o Judiciário.[...] (MGS 1)

Noto que o MP<sup>32</sup> e DPE<sup>33</sup> estão sempre na vanguarda, fiscalizando in loco. O Judiciário, até mesmo por sua natureza, um pouco mais distante. Não vejo a sociedade civil participando deste processo, o que retira um pouco de legitimidade na adoção das medidas. (MGS 5)

<sup>30</sup> LOA : Lei Orçamentária Anual

<sup>31</sup> LDO : Lei de Diretrizes Orçamentária

<sup>32</sup> MP: Ministério Público

<sup>33</sup> DPE: Defensoria Pública do Estado

Não percebo interações entre estes atores. Me parece que para o Judiciário o aspecto é meramente cognitivo e de adequação legal. (MGS 9)

Dada às circunstâncias, o diálogo é reconhecidamente um mecanismo que constitui a dinâmica natural de um Estado de Direito, como no caso do Brasil. Portanto, torna-se imprescindível que se estabeleça uma relação harmoniosa, pautada na prática do diálogo, envolvendo os atores sociais da judicialização, em prol da efetivação do direito à saúde e na formulação de políticas públicas adequadas à realidade social e local (MACHADO, MARTINI, 2018; RAMOS *et al.*, 2017).

Cumprе ressaltar que existem atualmente espaços de debate extrajudiciais tanto na dimensão da saúde como no Judiciário, fundamentadas na Resolução nº 125<sup>34</sup> (CNJ, 2010). A Câmara de Apoio Administrativo de Cooperação Interinstitucional atua como instrumento de fomento à cooperação entre instituições que tratam de assuntos pertinentes a judicialização da saúde. Compreendidas como dispositivo ou rede de cooperação para tomadas de decisão estratégicas para as demandas de saúde. Participam dessas câmaras, os representantes e pontos focais das instituições referentes como, o Ministério Público, a Defensoria Pública, gestores públicos e especialistas, órgãos atuantes no tema de interesse, entre outros. No entanto, um levantamento realizado pelo CNJ (2021) para aferir o nível de cooperação e articulação entre as Secretarias e os Magistrados, constatou-se de baixa intensidade, logo, é ainda pujante a necessidade do fortalecimento e fomento dessa articulação.

Não obstante, outro espaço de debate extrajudicial já instituído, são as Câmaras Extrajudiciais de Mediação de Procedimentos de Saúde. Essas, apoiam-se em quatro premissas, sendo, saída dos magistrados, diálogo entre gestores do SUS, técnicas de aquisição de medicamentos via licença compulsória e custos estruturais. São constituídas proporcionalmente por representantes das secretarias de saúde dos Estados e Municípios, das procuradorias estaduais e municipais, Ministério Público, Defensorias Públicas, peritos, representantes dos NAT e profissionais médicos com experiência em judicialização. No entanto, percebe-se que em nenhuma das instâncias citadas a sociedade civil foi inserida no contexto, desestimulando assim, a participação social. Essa situação corrobora e reforça a necessidade representativa da comunidade nesse cenário (SILVA; SCHULMAN, 2017).

---

<sup>34</sup> Resolução N° 125/2010: Fica instituída a Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesses, tendente a assegurar a todos o direito à solução dos conflitos por meios adequados à sua natureza e peculiaridade (CNJ, 2010).

Com base nos aspectos levantados, a GS no cenário da judicialização da saúde apresenta-se como estratégia potencial de sociabilidade, capaz de criar novas possibilidades democráticas, fortalecer e aperfeiçoar a participação da comunidade, privilegiando a construção de políticas públicas considerando as necessidades reais e locais da população. Contribui na instauração e no estabelecimento de um espaço privilegiado para diálogos, debates e discussões entre os atores sociais envolvidos no contexto da judicialização. Auxilia nas tomadas de decisão, para que essas se tornem mais justas e eficazes à coletividade. Portanto, com base nessas premissas, acredita-se que a GS é capaz de promover e preservar o direito à saúde, diminuir as iniquidades do sistema e as ações judiciais à saúde.

Considerando os objetivos e perspectivas deste estudo, o entendimento da GS baseia-se na aproximação teórica, proposta por Cançado, Pereira e Tenório (2015) (Figura 1<sup>35</sup>). Essa escolha está fortemente associada às categorias teóricas da GS identificadas pelos autores. Sendo assim, a GS acontece por meio da intermediação entre o Interesse Bem-Compreendido, e a Emancipação, numa perspectiva dialógica negativa na esfera pública (RODRIGUES; CANÇADO; PINHEIRO, 2020)..

O IBC ancora-se na premissa de que o bem-estar coletivo deve estar (ou buscar) equilíbrio com o bem-estar individual (TOCQUEVILLE, 1987; (RODRIGUES; CANÇADO; PINHEIRO, 2020 ). Por certo, a categoria teórica do IBC é inversamente contrária à realidade do cenário da judicialização da saúde no que tange o atendimento das necessidades individuais sem necessariamente o equilíbrio com o coletivo. Logo, o IBC dentro do contexto da judicialização da saúde, pressupõe a capacidade de provocar mudanças paulatinas quanto à valorização da coletividade em equilíbrio com a individualidade e a conscientização de que as escolhas e ações que privilegiam o equilíbrio entre, os não necessariamente dicotômicos, individual e coletivo tende a ser mais interessante em longo prazo. Em síntese, a solução para os problemas individuais passa necessariamente pela solução dos problemas coletivos e vice-versa (CANÇADO, 2011).

Ainda segundo Tocqueville (1987), no IBC, ao defender os interesses coletivos, em última instância, o sujeito está defendendo seus próprios interesses. No cenário da judicialização da saúde, essa premissa incide fortemente na efetiva participação da sociedade civil quanto à elaboração de políticas públicas que priorizam esta tênue, porém importante busca de equilíbrio. Por conseguinte, essas políticas geram impactos positivos para toda a

---

<sup>35</sup> Estas categorias teóricas que compõem a Gestão Social (Interesse Bem Compreendido, Emancipação, Esfera Pública e Dialética Negativa, são tipos ideais weberianos, ou seja, não podem ser alcançadas de forma absoluta, porém, são objetivos desejáveis que se buscam alcançar, norteados os processos.

comunidade e conseqüentemente ao indivíduo. É possível, em longo prazo, vislumbrar os efeitos positivos do IBC na judicialização da saúde, sendo esses, a equidade reversa<sup>36</sup>, efetivação do direito à saúde, redução de iniquidades, atendimento às necessidades da comunidade e concretização das diretrizes do SUS.

Em relação à esfera pública, categoria central da GS, Cançado, Pereira e Tenório (2015) a definem como espaço público cujos indivíduos privados se reúnem para tratar e deliberar sobre suas necessidades e futuro. Para efetivação da GS, esta esfera pública, deve impreterivelmente se (re) configurar, consolidando-se como: “tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade e transparência, buscando o entendimento e não a negociação” (*Ibid*, p. 76). É nessa perspectiva, que reside a possibilidade da criação e solidificação de um espaço público que privilegie o diálogo, debate e/ou discussão entre os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e a sociedade civil. Nesse sentido, é possível efetivar especialmente a diretriz da participação da comunidade na elaboração das políticas públicas de saúde, bem como na gestão do SUS.

Esse cenário favorece a institucionalização da sociedade civil, sem distinção, no processo de construção de uma política pública de saúde mais justa, abrangente e igualitária, considerando a prerrogativa da tomada de decisão coletiva, sem coerção. Não menos importante, os indivíduos ao atuarem ativamente como agentes formuladores de políticas públicas, estão paralelamente, cumprindo com seu dever de garantir a saúde, junto ao Estado, família, empresas e a sociedade, como exigido nos dispositivos legais. Nesse contexto, o componente democrático e fraterno a coletividade imbricados na GS, é fundamental para a máxima efetivação da participação e cooperação dos cidadãos em todas as etapas de uma política pública.

Para fins desse estudo, a sociedade civil ancora-se no entendimento de Habermas, 1996, p. 367):

Sociedade civil é composta por associações, organizações e movimentos mais ou menos espontaneamente emergentes que, sintonizados nas formas pelas quais os problemas sociais geram ressonância nas esferas da vida privada, destilam e transmitem tais reações de forma amplificada na esfera pública. O cerne da sociedade civil abrange uma rede de associações que institucionalizam discursos de soluções sobre as questões de interesse geral dentro do quadro das esferas públicas organizadas.

---

<sup>36</sup> “A teoria da equidade reversa afirma que novas políticas de saúde geram desigualdade num primeiro momento e atenuam a desigualdade ao longo do tempo” (GUIMARÃES, 2018, p. 4).

Com base nessa interpretação de sociedade civil, nesse estudo, a sociedade civil abrange os prestadores de serviços de saúde, defensores públicos, defensores de direito privados (advogados), representantes da indústria farmacêutica, representantes dos ordenamentos de classe profissionais (a exemplo, Conselho Regional de Medicina), usuários do SUS, representantes e usuários de planos privados de saúde, estudantes, entre outros. Portanto, acredita-se que o estabelecimento do diálogo, entre os atores sociais no contexto da judicialização, privilegiado pela esfera pública, contribuem para diminuição das demandas judiciais de saúde, uma vez que, tratará da etiologia do problema: as políticas públicas.

Nessa perspectiva, é razoável afirmar que, parece ser exitosa a participação do cidadão na construção de políticas públicas advindas das suas necessidades, para o atendimento também de suas necessidades. Como uma espécie de ciclo ou retroalimentação, cujos indivíduos ocupam ao mesmo tempo, a posição de formuladores, receptores e mensuradores das políticas. Para Diniz (2013) a participação da comunidade nas decisões de saúde, especialmente na inexistência de uma política para assuntos específicos, tende a gerar menores impactos sobre os recursos públicos, do que quando comparado a uma decisão judicial.

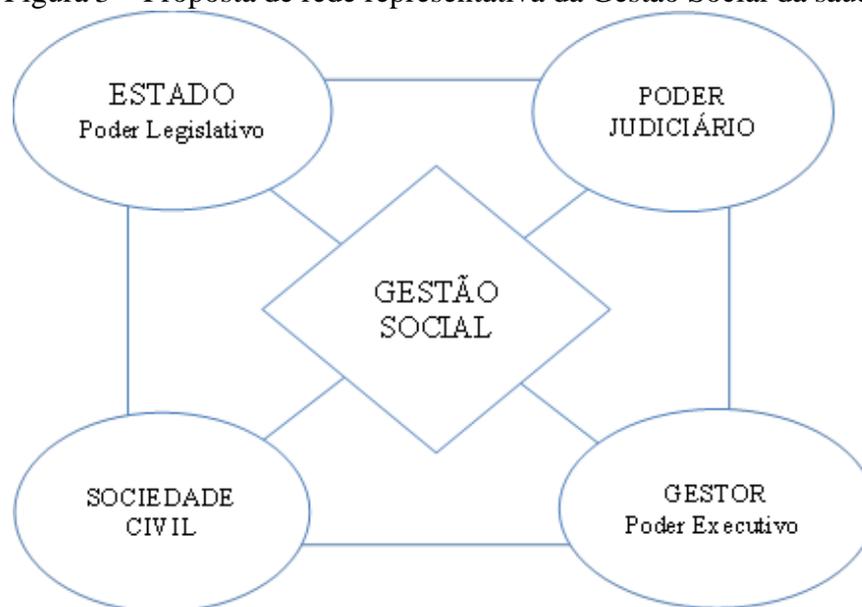
Por último, e não menos importante: a categoria da emancipação. Segundo os autores (*Op. cit.*) a emancipação do ser humano é construída a partir da GS. É compreendida por livrar-se da tutela de alguém e como a busca da autonomia. A construção da emancipação ocorre paralelamente ao IBC. À medida que a GS ocorre na esfera pública por interação dialética negativa entre o IBC e a emancipação, tem-se um ciclo virtuoso e, quanto mais emancipação, mais é perceptível o IBC (e vice-versa), logo, elas se inter-relacionam, apoiam-se e crescem mutuamente.

A Emancipação reforça a percepção do IBC, quando, o indivíduo ao se libertar, livrando-se da manipulação, o sujeito passa a ter mais claro para si que ele integra uma comunidade. O homem se emancipa quando se reconhece enquanto indivíduo, como ser político e como força motriz das forças sociais. Qualificando a discussão, Nogueira (2011), define emancipação sendo a ruptura com a subalternidade e a recusa à manipulação. Dito isso, associado ao cenário da judicialização da saúde, reforça o exposto na categoria do IBC.

Com base no exposto, acredita-se no potencial da GS como alternativa capaz de provocar profundas mudanças no cenário da judicialização, e conseqüentemente, refletir na redução dos números de litígios à saúde. Para tanto, propõe-se um modelo de rede que representa a GS no contexto da judicialização da saúde, valorizando a horizontalidade das relações sociais entre os atores envolvidos no processo. A horizontalidade das ou nas relações

políticas, configura-se característica democrática e de cidadania, reforçando as premissas já debatidas sobre o estudo.

Figura 3 – Proposta de rede representativa da Gestão Social da saúde



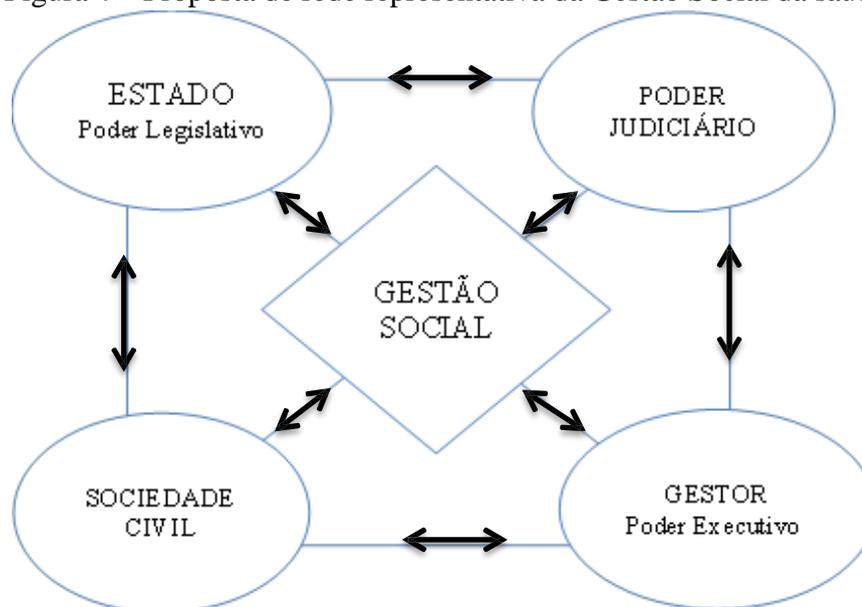
Fonte: Elaborado pela autora

A rede representativa da gestão social da saúde (figura 2) representa uma proposta de diálogo e interação entre os atores sociais da judicialização de saúde, tendo a GS no centro da rede como proposta fomentadora dessa prática, com base nas suas características intrínsecas e nas categorias teóricas que a compõem. A GS no centro do processo privilegia o espaço público como arena de diálogo e interação entre os atores, insere a comunidade na discussão da temática, privilegia as tomadas de decisões sem coerção, contribui para formulação de políticas justas e eficazes, que de fato atendam as necessidades da população, e não menos importante, todos os atores sociais empenham-se em prol do bem comum. Portanto, trata-se de uma proposta de um diálogo interinstitucional para um sistema público de saúde mais equânime.

Na rede, as linhas (Figura 4) denotam e asseguram a horizontalidade, permeabilidade e a longitudinalidade das relações no processo. De acordo com Hori (2021), os grupos ativistas adotam com frequência a horizontalidade como modelos de participação e atuação coletiva. As estruturas organizacionais que empregam esse modelo privilegiam uma estrutura não hierárquica, na qual, as potencialidades de cada indivíduo contribuem para coletividade. Em relação à longitudinalidade, diz respeito ao estabelecimento de vínculo mútuo e duradouro entre os sujeitos. A longitudinalidade é um termo empregado habitualmente na área da saúde

para referir-se a uma fonte habitual e de tempo prolongado, entre os usuários do SUS e os profissionais de saúde, independente da presença de problemas de saúde ou correlacionados. É também um dos atributos da APS descrito por Starfield (2002).

Figura 4 – Proposta de rede representativa da Gestão Social da saúde



Fonte: Elaborado pela autora

Destaca-se também nesse modelo organizativo de rede (Figura 4) que a articulação e a interação entre os elementos constitutivos não ocorrem ou obedecem a um único sentido, direção ou necessariamente uma ordem. Dessa forma, as relações entre os sujeitos não iniciam ou encerram exclusivamente em apenas um dos elementos constituintes da rede, destacando assim, a permeabilidade e a multidirecionalidade das relações. Portanto, as interações sociais entre os sujeitos ou instituições que compõem a rede ocorrem mutuamente, de forma acessível, vinculados entre si, baseado na cooperação, no compartilhamento e no compromisso dos envolvidos.

A perspectiva da longitudinalidade das relações no contexto da judicialização da saúde e, imbricada à GS, destaca-se no acompanhamento e efetiva participação dos atores sociais nas fases de elaboração das políticas públicas de saúde. A formação, execução, avaliação e manutenção das políticas públicas (características do que é longitudinal), são imbuídas pela necessidade de cooperação, diálogo, tomadas de decisão coletivas e abstração dos interesses individuais por parte de todos os envolvidos, para que conjuntamente, possam encontrar melhores soluções a coletividade.

A GS pensada numa gestão realizada pela sociedade, para sociedade (CANÇADO, 2011), possui potencial inerente de se desenvolver e se reforçar a partir de sua própria prática, gerando um círculo virtuoso (CANÇADO; VILLELA; SAUSEN, 2015). Isso reforça a posição da GS nesse arranjo organizativo na perspectiva da constância e solidez. Dito isso e considerando que a sociedade civil representa os anseios sociais, a interação entre os atores sociais da judicialização da saúde para discussão de forma ampla e a propositura de soluções conjuntas, corroboram para minimização dos conflitos evidenciados, para racionalização dos números de ações judiciais e, por conseguinte, provocar mudanças estruturais nesse cenário.

O processo de interação, interinstituição e dialogicidade entre a sociedade civil e atores sociais do cenário da judicialização da saúde, tendo como alternativa a GS, como proposto na Figura 3, certamente se dará de forma paulatina e progressiva, não, imediata. A solidificação desse processo requer tempo, disposição e disponibilidade dos entes envolvidos, devendo ser constantemente retroalimentado e inclusivo. Pretende-se com isso ampliar a participação e engajamento popular nas decisões que impactam suas vidas e a deliberação das necessidades e futuro dos indivíduos. Não obstante, reforça o argumento de que a legitimidade das decisões políticas deve ser originada na discussão, em processos que poiem e incentivem a inclusão, no pluralismo, na igualdade participativa, autonomia e bem comum.

Outra importante característica imbricada na GS que também corrobora nesse cenário, é a necessidade de transparência no e, do processo, no que tange a comunicação entre os sujeitos, a prestação e a transparência de contas ao público. Isso porque, a efetiva participação da sociedade como determinada nos dispositivos legais Lei 8.080, Lei 8.142, CF 1988 (BRASIL, 1988;1990), extrapola a formulação de políticas públicas. É também assegurado a efetiva participação da sociedade na implementação e execução das políticas públicas, bem como na gestão do SUS. Portanto, a transparência se faz necessário nesse contexto, e, sendo ela, requisito fundamental e pressuposto da GS, reforçando ainda mais o potencial da GS como alternativa doutrinária no contexto da judicialização da saúde.

Atentando-se as características da retroalimentação, inclusão, transparência, celeridade e a superação das barreiras geográficas (maior alcance) imbuídas no processo, sugere-se o apoio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) nesse contexto. As TIC's vêm sendo empregada de forma exitosa e com frequência no âmbito organizacional estatal. Teve sua concepção inicial no governo eletrônico e, mais recentemente referenciam-no como governo digital (VIANA, 2021). Países como Islândia, Irlanda, Romênia e México recorreram as TIC's para construção coletiva das suas respectivas Constituições Cidadãs e, obtiveram sucesso (MARINHO, CANÇADO, IWAMOTO, 2019). As TIC's nesses cenários aumentam

a eficiência, a transparência, a cidadania, viabilizam práticas democráticas, a mobilização social e inclusive a participação direta dos cidadãos (MARINHO; CANÇADO; IWAMOTO, 2019; VIANA, 2021; SILVA-ARROYAVE, 2021).

Nesse sentido, Landemore (2015), sugere que as TIC's, quando inserida nos contextos democráticos, em que, a participação popular direta deve ser garantida, e que é permitida a construção e colaboração de várias pessoas, de forma escrita, como na formulação de políticas públicas, por exemplo, recorram a estratégias semelhantes à *Wikipedia*. Portanto, essas ferramentas tecnológicas poderá contribuir severamente no desenvolver do processo, quando, instituído pela proposta da Rede Representativa da Gestão Social da Saúde, porém, não se tem ilusões no curto prazo.

**Quadro 7. Síntese dos resultados**

Dimensões	Resultados
Estado	Centralidade do Artigo 196 da Constituição Federal como fomentador das excessivas ações judiciais de saúde e, como legitimador para concessão do direito.
	Ineficiência do Estado.
	Escassez de articulação interinstitucional, do diálogo entre sociedade civil e os três poderes (Judiciário, Legislativo e Executivo) no contexto da judicialização da saúde.
Sociedade civil	Carente participação da sociedade civil no cenário da judicialização da saúde.
	Carência de estratégias e ou alternativas que estimulem, incentivem, valorizem e fomentem a participação da sociedade civil no contexto da judicialização da saúde.
	“Dilema/conflito” manifestado na falta de equilíbrio entre as dimensões ou interesses coletivo e individual.
	Inserção da GS como alternativa potencial de estabelecer a articulação entre os atores sociais envolvidos no contexto da judicialização da saúde.
Saúde	Precariedade do sistema público de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostra que a Judicialização da saúde representa um sério problema à Administração Pública, ao sistema de saúde e à sociedade em geral. O aumento vertiginoso dos contenciosos em saúde expressam as debilidades do Estado, a precariedade do sistema público de saúde e as fragilidades das políticas públicas de saúde. De maneira correlata, conclama alternativas para racionalizar os litígios de saúde, amenizar os efeitos deletérios provocados pela judicialização e tratar os conflitos pujantes nesse cenário. Nesse contexto, urge a necessidade de fomentar a participação da sociedade civil, promover e viabilizar o diálogo interinstitucional, sendo, a GS a estratégia mais eficaz para atender essas indigências.

Verificou-se por meio da percepção dos sujeitos participantes da pesquisa, que o fenômeno da judicialização da saúde está estreitamente associado à ineficiência do Estado em garantir a contento o direito fundamental e social à saúde de forma integral, bem como o acesso a serviços e insumos de saúde. Os sujeitos também exaltaram a sociedade civil no contexto dessa problemática, tanto na dimensão da participação e atuação efetiva deles nesse cenário, como na dimensão de querelantes do direito e seus reflexos. Apontaram para o estabelecimento do diálogo, como estratégia de amenizar as consequências geradas pelos excessivos litígios de saúde. As percepções dos atores sociais, assim como a situação da judicialização da saúde no Estado do Tocantins seguem a tendência Nacional, como já adensado nas discussões.

A premência pelo estabelecimento do diálogo nesse cenário expresso fortemente nas narrativas e nos aportes teóricos do estudo apontou para intercessão necessária e positiva da GS no contexto caótico da judicialização da saúde, como estratégia potencial para promover mudanças nesse cenário. Em síntese, a GS destaca e situa a participação da sociedade civil como protagonista das relações e processos, pressupõe a criação de um espaço privilegiado para debates (arena), traz a dialogicidade como mecanismo propulsor das relações, e, ademais, determina que a tomada de decisão ocorra de forma coletiva e sem coerção. Não obstante, a GS é alicerçada na categoria teórica do IBC, que corrobora para o abrandamento do individualismo e de decisões que contribuam para coletividade. Por tudo isso, a GS atende às necessidades que assolam o cenário da judicialização da saúde (IWAMOTO; CANÇADO, 2020).

Evidenciaram-se as potencialidades da GS no contexto da problemática em questão. Por intercessão e apoio da GS é possível vislumbrar um rearranjo no modelo de rede que privilegie a inter-relação dos atores sociais envolvidos no contexto da judicialização da saúde

de forma horizontalizada e contínua. A solidificação dessa estrutura organizativa permite dentre outros aspectos, tratar conjuntamente assuntos pertinentes à problemática e contribuir para construção de políticas públicas mais eficazes que atendam de fato as necessidades da comunidade. Segundo Cançado e Rodrigues (2019), as decisões inerentes às políticas públicas, para gozarem de legitimidade, devem refletir o desejo coletivo expresso por meio da participação política em espaços públicos de debate.

Em virtude do exposto, ratifica-se o pressuposto cuja tese pretendeu avaliar: a GS configura-se importante estratégia para o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde. No entanto, o estudo apresentou algumas limitações. A difícil adesão do público participante ao estudo foi uma das maiores limitações apresentadas nesse estudo, em especial os públicos, acadêmicos do curso de direito e gestores de saúde. Cabe salientar que o gestor de saúde do Estado do Tocantins, pelo seu importante papel frente à saúde dos cidadãos, foi também contatado, esclarecido e convidado a participar da pesquisa, porém, negado.

Ressalta-se, que a princípio a amostra seria constituída pelos defensores públicos; porém, não se obteve sucesso na captação desse público, culminando na exclusão dos mesmos. No entanto, a não adesão desse público deixou lacunas importantes no estudo, já que são esses, os profissionais que a população economicamente desfavorecida recorre para judicializar suas causas. Segundo o CNJ (2021) e a FIOCRUZ (2021), a maioria das demandas judiciais são mobilizadas por indivíduos em suposta situação de vulnerabilidade econômica e, provenientes do SUS. Portanto, pressupõe-se que os defensores públicos trariam visões e percepções bastante enriquecedoras e de grande contribuição para compreensão do fenômeno e provavelmente fortaleceria as dimensões comunitária, coletivas e sociais no contexto da judicialização da saúde.

Outra limitação, essa, atípica e inesperada, foi à pandemia provocada pela COVID-19 ocorrida no período de execução do estudo. Com o advento da pandemia fez-se necessário realizar alterações no percurso metodológico, mais especificamente, na fase de coleta de dados, tendo que adequá-lo num formato não presencial. A pandemia também trouxe consigo mudanças abruptas e significativas na rotina da população mundial. Foram muitas perdas de entes queridos, familiares, medos, anseios, restrição social, desempregos, mudanças comportamentais, psicológicas, laborais entre outras, que afetaram diretamente a disposição e a disponibilidade dos indivíduos a aderirem à participação em pesquisas, o que é razoavelmente compreensível, porém, configura-se numa limitação do estudo.

Embora o estudo tenha trazido à percepção de importantes atores sociais no bojo da judicialização da saúde, percebeu-se pelas narrativas dos respondentes a figura do Estado

muito presente, principalmente relacionado a contextos negativos. Nessa perspectiva, sugere-se que estudos futuros se proponham a investigar e compreender a percepção da judicialização da saúde dos três Poderes brasileiros (Executivo, Legislativo e Judiciário), sem dispensar a sensibilidade da sociedade civil. Essa preocupação ganha contornos ainda mais rígidos, ao observar o quanto foi discutido e mencionado nesse estudo sobre a formulação e execução de políticas públicas de saúde no contexto da judicialização da saúde.

Outro aspecto importante a se considerar é a escassez de estudos que tratam da judicialização da saúde no contexto da coletividade, em especial, na perspectiva positiva defendida por Social, Amon e Biehl (2020) e Gusmão (2017). Sugere-se, portanto estudos que avaliam o potencial das ações judiciais à saúde em nível comunitário, o reconhecimento do seu papel enquanto estratégia de responsabilização e fomentadora de arranjos institucionais mais robustos, bem como, de provedora de políticas públicas voltadas para a coletividade (a exemplo da Política Nacional de DST/AIDS).

Cabe sugerir também que estudos dessa natureza, que tratam da valorização da participação da sociedade civil, bem como a proposição de estratégias e/ou alternativas de participação da comunidade no cenário da judicialização da saúde, sejam replicados em outros Estados e, também em nível Nacional. Apoiado em Santos (2021), percebe-se que há uma maior mobilização e preocupação no melhoramento da qualidade das decisões judiciais do que na contenção das ações e no enfrentamento das causas que motivam as ações judiciais. Não obstante, o autor destaca também a negligência por parte dos Poderes Executivo e Legislativo no enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde.

No mesmo sentido, sugere-se que estudos dessa natureza busquem escutar e compreender a percepção da sociedade civil organizada em relação ao fenômeno da judicialização da saúde. Uma vez que, conhecer e atender as necessidades da sociedade é uma alternativa fundamental para o enfrentamento desse cenário e, estudos que abrangem essa perspectiva, fortalecem a causa.

Outro aspecto que merece atenção é em relação à desjudicialização da saúde. É um tema relativamente novo, ainda muito tímido e embrionário nas suas publicações, como aponta as métricas de pesquisa. Embora grande parte dos estudos sobre a judicialização da saúde propõem estratégias para a desjudicialização da saúde, ainda é escassa a abordagem do tema de forma específica. De forma semelhante, sugere-se o aprofundamento de estudos que tratem das estratégias de desjudicialização de saúde já instituídas, com objetivo de avaliar o impacto das ações, bem como, propor alterações para seu melhoramento. A título de exemplo de alternativas já consolidadas a Câmara de Conciliação e Saúde, Câmara de Apoio

Administrativo de Cooperação Interinstitucional, as Conferências de Saúde, entre outros (LEMOS, 2021).

Asseverou-se a centralidade depositada no Art. 196 da CF (BRASIL, 1988) para a litigiosidade da saúde, tanto para a reivindicação do direito à saúde, como na justificativa da concessão do direito à saúde. Por isso, sugerem-se estudos que abordem e avaliem possíveis perspectivas de mudanças no arranjo constitucional brasileiro e institucional do sistema público de saúde, sem que penalize os cidadãos do acesso à saúde e insumos, mas, que possam constituir mecanismos mais criteriosos para consecução do objeto tutelado e respaldo as decisões judiciais. Segundo a Fiocruz (2018) é possível encontrar fraudes em ações judiciais da saúde, como alteração do Código Internacional da Doença, solicitação de medicamentos em fase experimental, pedidos de auxílio para tratamento de animais domésticos e ainda para procedimentos estéticos.

Considerando a pesquisa científica uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento e avanços no campo da saúde, sugere-se o fortalecimento do tema da judicialização da saúde na agenda de pesquisa Internacional e Nacional, bem como, na agenda política, em virtude da sua relevância, magnitude e impactos. No Brasil, na área da saúde, destaca-se a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) liderada por Council on Health Research for Development (COHRED) e o Global Forum for Health Research. Nesse sentido, sugere-se também, que o tema da judicialização integre essa agenda de prioridade de pesquisas do MS.

Pelo desfecho do estudo, sugere-se que os gestores de saúde incentivem e promovam princípios e valores da cogestão e da gestão horizontalizada, que agreguem mais valor e reconhecimento à coletividade no papel de formuladores de políticas públicas e na participação da gestão de saúde. Não obstante, que os gestores fomentem iniciativas de debates com a comunidade, instituições, grupos comunitários e/ou de bairros e desenvolvam estratégias que valorizem a sociedade civil no processo e na construção da saúde local. Idealiza-se, um sistema de saúde feita por eles e para eles, a fim de atender as necessidades da população em maior nível de proximidade e racionalizar as ações judiciais de saúde.

Portanto, as intervenções ou ações de saúde que são decididas coletivamente tendem a promover a alocação de recursos mais justa e eficiente e um sistema de saúde mais igualitário e eficaz, isso porque, nem sempre o que é definido e investido de forma hierarquizada corresponde às necessidades da população e a realidade local. Em geral, as decisões tomadas em gabinetes, nos níveis Federal e Estadual, não consideram ou desconhecem o cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário local. Sendo assim, a gestão de

saúde (gestores de saúde) aliada à valorização e participação da sociedade civil (por meio da GS), configura uma importante estratégia para que se alcance um sistema de saúde com maior qualidade e eficiência e, para o enfrentamento dessa problemática.

Por fim, diante do exposto, compreende-se que a judicialização da saúde deveria ser um componente importante a ser considerado na da sociedade brasileira. Seus reflexos, em especial a interferência nas políticas públicas de saúde, devem necessariamente promover e prover a justiça distributiva inerente aos direitos sociais, em caráter plurilateral, com vistas ao bem comum. Não o inverso, comutativo ou binário, ao passo que, o privilégio de um ou da minoria, decorra essencialmente em detrimento dos demais. Portanto espera-se que as contribuições e as recomendações desse estudo possam subsidiar e fomentar estudos futuros que colaborem para racionalização dos litígios de saúde e, por conseguinte, promover um sistema de saúde mais equânime.

## REFERÊNCIAS

ABREU, J.; OLIVEIRA, V.; KRAEMER, C. Uma análise de construtos teóricos sobre participação e gestão social. **Desenvolvimento em Questão**, v. 17, n. 48, p. 34-51, 2019.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AITH, F. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007. 107p.

AMARAL, G. **Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. Renovar: Rio de Janeiro, 2001. 256p.

AMRI, M.; ANGELAKIS, C.; LOGAN, D. Utilizando entrevistas assíncronas por e-mail para pesquisas em saúde: visão geral dos benefícios e desvantagens. **BMC Research Notes**, v. 14, ed. 1, 148. 2021.

ANDRADE, E. B.; SLINGOWSKI, S. M. B. C.; HENRIQUE, M. C. **Relatório Anual 2019**. NatJus-TO: Palmas, 2020.

ANHUCCI, V.; SUGUIHIRO, V. L. T. O protagonismo do conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente e sua dimensão política na definição das prioridades do orçamento público. **Revista Humanidades em Perspectivas**. v. 2, n. 4, Edição especial “30 anos do ECA”, p. 306-318, 2020.

ANTUNES, P. F. R. Stuart Mill, o utilitarismo e um problema fundamental. **Clareira – Revista de filosofia da região amazônica**. v. 2, nº 2, p. 99-119, 2015.

ARAÚJO, C. A. **Construindo a gestão social em conselhos municipais de saúde: espaço para o exercício do saber e participação**. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) – Centro Universitário UNA, Instituto de educação continuada e pesquisa, Belo Horizonte, 2014.

ARAÚJO, C. P.; LÓPES, E. M. P.; JUNQUEIRA, S. R. S. **Judicialização da saúde: saúde pública e outras questões**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020. 317p.

ARAÚJO, R. B. S. **Judicialização da saúde e a (des) conexão com a justiça social. Entendendo o fenômeno a partir do perfil socioeconômico de seus atores sociais: o caso do Estado de Minas Gerais**. 2019. 118f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito da Escola de Direito, Turismo e Museologia) Universidade Federal de Ouro Preto – Minas gerais, 2019.

ARAÚJO, E. T. (2012). **(In) consistências da gestão social e seus processos de formação: um campo em construção**. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

\_\_\_\_\_. Gestão social. In: BOULLOSA, Rosana de Freitas (org.). **Dicionário para a formação em gestão social**. Salvador: CIAGS/UFBA, p. 85-90, 2014. 210p.

ARROYO, J. C. T.; SCHUCH, F. C. **Economia popular e solidária**: alavanca para um desenvolvimento sustentável. São Paulo: Perseu Abramo, 2006, 112p. (Coleção Brasil Urgente)

ARRUDA, S. C. Análise sobre a judicialização da saúde no estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v. 6, n. 1, p. 86 - 111. 2017.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e Diálogo Institucional: a experiência de Lages (SC). **Revista de Direito Sanitário**. v. 17, n. 2, p. 48 – 65, 2016.

\_\_\_\_\_. F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 3., p. 801-820, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300008>. Acesso em: 10 nov 2021

AVRITZER, L.; COSTA, S. Teoria crítica, democracia e esfera pública concepções e usos na América Latina. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703-728, 2004.

BARBACENA, J. M. Ação popular e participação política: um diálogo com a teoria democrática de Alexis de Tocqueville. **Revista Urutágua**, v. 17, n. 17, p. 18-28, 6 jan. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: São Paulo, 2011. 279p.

BARREIRO, G. S. S.; FURTADO, R. P. M. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. **Revista de Administração Pública** [online]. v. 49, n. 2 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7612126144>. Epub Mar-Apr 2015. ISSN 0034-7612. <https://doi.org/10.1590/0034-7612126144>. Acesso em: 18 de Nov de 2021.

BARROS, E. S. **Avaliação do perfil socioeconômico dos impetrantes das demandas judiciais na saúde do estado de Pernambuco**. 2020. 52f. (Mestrado em Gestão e Economia de Saúde) Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2020.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Tradução de: Humberto Laport de Mello. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

\_\_\_\_\_. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Anuário Ibero-americano de Justiça Constitucional**, n. 13, p. 17-32, 2009.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 516p.

BAUMANN, Z. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, 255p.

BAMPTON, R. ; COWTON, CJ The E-Interview. **Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative social research**, v. 3, n. 2, 31 de maio de 2002.

BELLO, E.; BERCOVICI, G.; LIMA, M. M. B. O Fim das Ilusões Constitucionais de 1988? **Revista Direito e Práxis**, v. 10, p. 1769-1811, 2018.

BEUREN, I. M. Conceituação e contabilização do custo de oportunidade. **Caderno de Estudo**, n. 8, p. 1-12, 1993.

BIEHL, J. SOCAL, M. P., AMON, J. J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. **Health Hum Rights**, v. 18, n. 1, p. 499, 2016.

BOULLOSA, R. F. (Org.). **Dicionário para a Formação em Gestão Social**. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014. 210p.

\_\_\_\_\_. Contribuições conceituais e metodológicas para a avaliação de processos e práticas de gestão social a partir das perspectivas da *policyanalysis* e da abordagem social da aprendizagem. In Colóquio Internacional sobre Poder Local, 11, 2009, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2009. 1 CD ROM.

\_\_\_\_\_. SCHOMMER, P. C. Limites da natureza da inovação ou qual o futuro da gestão social? In Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 32, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...**, Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. 1 CD ROM.

BORGES, D. C. L; UGÁ, M. A. D. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1 p. 13-38, 2009.

BOTERF, G.L. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, v.3, p.51-81, 1999.

BRASIL, [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 de ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/> - Acesso em 08 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. **Portal da transparência**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2018>. Acesso em: 09 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Covid-19**. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/> - Acesso em 05 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. **Decreto Legislativo nº 6 de 20 de Março de 2021**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública. Senado Federal: 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/DLG6-2020.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm). Acesso em: 05 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 20, de 27 de Julho de 2017.** Dispõe sobre a internalização do Sistema S-Codes e a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, informações e procedimentos. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19201534/do1-2017-07-28-resolucao-n-20-de-27-de-julho-de-2017-19201445](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19201534/do1-2017-07-28-resolucao-n-20-de-27-de-julho-de-2017-19201445). Acesso em: 07 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080, 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: 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 de ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 20 de ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Acórdão Nº 1787/2017 – Tribunal de Contas da União – Plenário.** Vistos, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional realizada com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos negativos da judicialização nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/portal/wp-content/uploads/sites/28/2018/04/trf2ext201801723-20258691.pdf>. Acesso em: 10 de jan de 2021.

\_\_\_\_\_. **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. Brasília, DF: 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm). Acesso em: 27 de abr de 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF: 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm). Acesso em: 05 de nov de 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF: 1996. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 09 de nov de 2021.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário temático: economia da saúde. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013,

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Remédio via Justiça: **um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais 2005**. Brasília: Ministério da Saúde,. 2005, 136p.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Ordinário no Mandado de Segurança nº 6.564/RS**, relator Ministro Demócrito Reinaldo, Primeira Turma, julgado em 23.05.1996, DJ 17.06.1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em números 2019**: ano-base 2018. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/08/justica\\_em\\_numeros20190919.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/08/justica_em_numeros20190919.pdf). Acesso em: 28 de abr de 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em números 2018**: ano-base 2017. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/8d9faee7812d35a58cee3d92d2df2f25.pdf>. Acesso em: 25 de Jan 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 125 de 29 de Novembro de 2010**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em 15 de Março de 2021.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. STF, **SS 4045**, rel. Min. Presidente. Decisão Proferida pelo Min. Gilmar Mendes. j. 07.04.2010. Dje-066 divulgado 14 abril 2010.

BRANDÃO, C. R. A participação da pesquisa no trabalho popular. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

\_\_\_\_\_. BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Revista Educação Popular**: Uberlândia-MG, v. 6, p. 51-62, 2007.

BUÍSSA, L.; BEVILACQUA, L.; MOREIRA, F. H. B. B. Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS,. p. 319, 2018.

CABRAL, E. H. S. Uma abordagem normativa para a gestão social no espaço público. In: PEREIRA, et al. **Gestão social e gestão pública**: interfaces e delimitações. Lavras: Ed. UFLA, 2011, p. 47-58.

CHAGAS, V. O.; PROVIN, M. P. AMARAL, R. G. Administrative cases: an effective alternative to lawsuits access to medicines? **BMC Public health**, v. 19, n. 212, 2019, p. 1-10.

CARLINI, A. A saúde pública e as decisões dos tribunais. Apontamentos para uma reflexão crítica. **Direito Sanitário**, 2012, p. 490-500.

CANÇADO, A. C.; TENÓRIO, F. G.; PEREIRA, J. R. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 3, 2011, p. 681-703.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos teóricos da gestão social**. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, MG, 2011b.

\_\_\_\_\_; PEREIRA, J. R.; TENÓRIO, F. G.; RIGO, A. S.; & OLIVEIRA, V. A. R. Gestão Social: Conhecimento e Produção Científica nos Enapegs 2007-2010. **Administração Pública E Gestão Social**. v. 3, n. 2, 2012, p. 115-137.

\_\_\_\_\_. Gestão social. In: BOULLOSA, Rosana de Freitas (org.). **Dicionário para a formação em gestão social**. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014, p. 80-84.201p.

\_\_\_\_\_; VILLELA, L. E.; SAUSEN, J. O. Gestão social e gestão estratégica: reflexões sobre as diferenças e aproximações de conceitos. **Revista de Gestão Social e Ambiental – RGSA**, São Paulo, v.10, n. 3, p. 69-84 2016.

\_\_\_\_\_; SILVA JUNIOR, J. T.; CANÇADO, A. C. M. G. **Gestão Social**: Fascículo 1. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/UANE/BID/STDS-CE, 2017. p. 288.

CARMO, E. D. do; SILVA, F.; FONSECA, S. O encontro das águas na(s) Amazônia(s): educação popular e gestão social pela via da experiência da UNIPOP. In Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, 3, 2009, Juazeiro/Petrolina. **Anais...**, Juazeiro/Petrolina: NIGS/UNIVASF, 2009. 1 CD ROM.

CARLOMAGNO, M. C. Conduzindo pesquisas com questionários online: uma introdução às questões metodológicas. In. SILVA, T.; BUCKSTEGGE, J.; ROGEDO, P. (orgs.). **Estudando a cultura e comunicação com mídias sociais**. Brasília: IBPAD, 2018, p. 31-55.

\_\_\_\_\_.; ROCHA, L. C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 7, n. 1, 2016, p. 173-88,

CARMO, W. J. E.; MONTOVANI, S. T. A judicialização do direito à saúde. Teresina: **Revista Jus Navigandi**, 2014, p. 1-23. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/29028/a-judicializacao-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 12 de Mar de 2021.

CARUGGI, M. B. Saúde Suplementar. In Curso de direito em saúde suplementar. Rio de Janeiro: **Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ**, 2011, 512p.

CARVALHO, E. C. *et al* . Pandemia da COVID-19 e a judicialização da saúde: estudo de caso explicativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 28, 2020, p. 33-54. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100376&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100376&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 Abr. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; DINIZ, A. M. S.; BATISTA, B. N. M.; BARBOSA, D. S.; ROCHA, E.; SANTOS, O. A. N.; NASCIMENTO, R. V. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 117-134, 2020.

CARVALHO, C. V. D.; VALENÇA, T. D. C., SANTOS, J. A., CORREIA, I. F. & LIMA, P. V. (2017). Aplicação de questionários online na pesquisa científica com idosos: relato de experiência. **Anais V CIEH...** Campina Grande: Realize Editora, 2017.

CARVALHO, I. G.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde; Lei 8.080/90 e 8.142/90. In: **Sistema único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde; Lei 8.080/90 e 8.142/90**, 3ª edição. Campinas: Editora da Unicamp, 2001. 394p.

CAVALCANTI, M. R.H. **Direito à saúde e judicialização**: a necessidade de reconstruir consensos ante os avanços científicos e o orçamento público. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. 346p.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 839(49), 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995. 208 p.

COAN, H. P.; CROCETTA, P. A. A saúde como direito de cidadania: um olhar sobre sua judicialização. **Seminário Internacional Demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea**. 2019.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006. 144p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Fórum da saúde debate possível judicialização da vacina contra Covid-19**. Agência Conselho Nacional de Justiça Notícias, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/forum-da-saude-debate-possivel-judicializacao-da-vacina-contracovid-19/>. Acesso em: 01 de Abr. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Observatório Nacional sobre questões ambientais, econômicas e sociais de alta complexidade e grande impacto e repercussão**, 2021. Disponível em: <https://observatorionacional.cnj.jus.br/observatorionacional/acoes-judiciais/>. Acesso em 08 de Abr. de 2021.

\_\_\_\_\_. **Judicialização e sociedade**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021.164p.

\_\_\_\_\_. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER). 2019.

\_\_\_\_\_. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 107, de 06 de abril de 2010.** Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=173>. Acesso em: 05 de fev. de 2020.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 238, de 06 de setembro de 2016.** Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 05 de fev. de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Coletânea direito à saúde: dilema do fenômeno da judicialização da saúde.** Brasília, 2018. 319p.

COPELLI, G. Linguagem pública e horizontalidade política: pensando a democracia a partir do Wittgenstein das investigações filosóficas. **Argumenta Journal Law**, n. 33, p. 277-305, 2020.

COSTA, P. de A. A abordagem territorial para a economia solidária: um desafio para os processos de gestão social do desenvolvimento. *In* Colóquio Internacional sobre Poder Local, 11, 2009, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2009.

COUTANT, A. *Une critique républicaine de la démocratie libérale.* Paris, **Mare et Martin**, 2007.

CRUZ, L. A. R. Direito à saúde: de norma programática a direito individual exigível. **Revista Seção Jurídica do Rio de Janeiro**, v. 19, n. 34, p. 119 (32), 2012.

DALLABRIDA, V. R. A gestão social dos territórios nos processos de desenvolvimento territorial: uma aproximação conceitual. *In* Colóquio Internacional sobre Poder Local, 10, 2006, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2006.

DALLARI, S. G. Basta! Nenhuma inconstitucionalidade é conveniente!. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 7-10, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148121>. Acesso em: 26 ago. 2021.

DALLARI, S. G.; MAGGIO, M. P. A efetivação jurídico-política do direito à saúde no supremo tribunal federal: a referência paradigmática da SL 47-AGR/PE. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 58-76, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127776>. Acesso em: 26 ago. 2021.

DANIELLI, R. **A judicialização da saúde no brasil: do viés individualista ao patamar de bem coletivo.** 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, 2016.

DEMO, P. **Pesquisa Participante: saber pensar intervir juntos.** Brasília-DF: Liber, 2. ed. 2008. 140p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed. 2. ed. 2006, 432 p.

DIAS, M. C. L. C. A concepção de ética no utilitarismo de John Stuart Mill. **Discurso**, v. 1, n. 44, p. 235-260, 2014.

DINIZ, I. M. **Direito a saúde e judicialização**: uma análise de atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. 2015. 190f. Dissertação (Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça) Universidade Federal do Maranhão – São Luís, 2015.

DINIZ, M. G. A. Direito Social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde. **Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 472-485, 2013.

D'ESPÍNDULA, T. C. A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Revista Bioética** (Impressa). v. 21, n. 3, p. 438 – 447, 2013.

DOWNE-WAMBOLDT, B. Content analysis: method, applications, and issues. **Health Care Women International**, v. 13, n. 3, p. 313-21, 1992.

ELTORAI, A. S. Malpractice litigation in cardiac surgery: **alleged injury mechanisms and outcomes**. *Journal of Cardiac Surgery*, v.34, n. 5, p.323(6), 2019.

ENAPEGS. **ENAPEGS**: XI encontro nacional de pesquisadores em gestão social, 2020. Breve histórico. Página inicial. Disponível: <https://enapegs2020.com/enapegs>.

FAERMAM, L. A. A Pesquisa Participante: suas contribuições no âmbito das ciências sociais. **Revista ciências humanas**, v. 7, n. 1, p. 41-56, 2014.

FALQUETO, J. M. Z.; HOFFMANN, V. E.; FARIAS, J. S. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Revista de Ciências da Administração**, v. 20, n. 52, p. 40-53, 2018.

FERNANDES, B. M. F.; FILHO, A. S. A importância dos deveres fundamentais na consecução da sociedade atual. **Revista Jurídica da FA7**, v. 16, n. 1, p. 13-26, 2019.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v.52, n. 1, p. 223-251, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582009000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007) >. Acesso em: 5 de Mar. 2021.

FERRAZ, O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 1-39, 2019.

FERREIRA, S. L.; COSTA, A. M. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? **Revista Seção Judiciária**, v. 20, n. 36, p. 219(40), 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010, 960 p.

FOGAÇA, A.; R.; et al. Judicialização da saúde e a necessidade de revisar a jurisprudência dos tribunais superiores à luz do consequencialismo. **Percursos**, v. 1, n. 39, p. 101-119, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Judicialização da política pública de saúde nos municípios brasileiros: um retrato nacional. Brasília: **Prodisa/Fiocruz**, 2018.

FISCHER, T. *et al.* Perfis visíveis na gestão social do desenvolvimento. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 5, p. 789-808, 2006.

\_\_\_\_\_. Gestão social do desenvolvimento territorial como campo de educação profissional. In: SCHOMMER, P. C., BOULLOSA, R. F. (org.). **Gestão social como caminho para redefinição da esfera pública**. UDESC Editora, p. 199-210, 2011. Disponível em: [https://issuu.com/carlosvilmar/docs/livro\\_enapegs\\_5/166](https://issuu.com/carlosvilmar/docs/livro_enapegs_5/166).

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Revista Saúde em Debate**, v. 36, n. 93, p. 151-162, 2012.

\_\_\_\_\_. Desigualdades injustas o contradireito à saúde. **Psicologia e Sociedade**, v. 23 (especial), p. 45-52, 2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312p.

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408p.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, M. G. B.; TURATO, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 1996. 79p.

FRANÇA FILHO, G. C. Gestão Social: um conceito em construção. In Colóquio Internacional sobre Poder Local, 9, 2003, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2003.

\_\_\_\_\_. Definindo gestão social. In: Silva Junior, J. T. et al. (Orgs.). **Gestão Social: Práticas em debate, teorias em construção**. Fortaleza: **Imprensa Universitária**, p. 26 – 37, 2008.

FREITAS, A. F.; FREITAS, A. F.; FERREIRA, M. A. M. Gestão social como um projeto político e prática discursiva. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 24, n. 2, Artigo 3. p. 278-292, 2016.

FREY, R. Descentralização e poder local em Alexis de Tocqueville. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, v. 15, p. 83-96, 2000.

GADELHA, M. I. P. A questão judiciária no SUS. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS, 2018, 319p.

GADOTTI, M. Gestão democrática da educação com participação popular no planejamento e na organização da educação nacional. In: **Conferência Nacional de Educação**. p.1-25, 2014.

GAHYVA, H. Tocqueville e Gobineau no mundo dos iguais. **DADOS – Revista de ciências sociais**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 553-582, 2006.

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 211p.

GARCIA, R. Expanding the debate: citizen participation for the implementation of the right to health in Brazil. **Health Hum Rights**, v. 20, n. 1, p. 163-172, 2018.

GASSEN, K. N. R. **Formação profissional em saúde e prática de educação popular nas estratégias de saúde da família**. 2015. 208f. Dissertação (Mestrado em educação) UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul (Santa Cruz do Sul – RS). 2015.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999-2001.

GIANOTTEN, V. WIT, T. Pesquisa participante em um contexto de economia camponesa. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 211p.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: Artmed. 2009. 396p.

GODOY, A. S. Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GÓMES-CEBALLO, D.; CRAVEIRO, I.; GONÇALVES, L. Judicialization of the right to health: (Un) compliance of the judicial decisions in Medellin, Colombia. **International Journal Health Planning Management**. v. 34, n. 4, p. 1277(89), 2019.

GOMES, A. A. Reflexos da sustentabilidade e da solidariedade ambiental: desenvolvimento e soberania estatal em jogo. **Revista de direito, economia e desenvolvimento sustentável**. Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 87-107, 2015.

GOMES, D. F.; SOUZA, C. R.; SILVA, F. L.; PÔRTO, J. A.; MORAIS, I. A.; RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá pra cá? **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 139-156, 2014.

GOMES, A. P. S. **Os desafios das políticas sociais na contemporaneidade: o caso da prefeitura de Belo Horizonte**. 2007. 248f. Dissertação (Mestrado de Ciências Política) UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte-MG). 2007.

GONTIJO, C. D. A judicialização do direito à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 606- 611, 2010.

GONDIM, S.; FISCHER, T;; MELO, V. P. Formação em gestão social: um olhar crítico sobre uma experiência de pós-graduação. In: Encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração (enanpad), 30., 2006, Salvador. **Anais... Salvador: ANPAD**, 2006.

GOUVÊA, C. P. Social rights against the poor. **Vienna Journal on International Constitutional Law**, v. 7, 2013.

GUIMARÃES, R.M. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5 564 municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. 128, 2018.

GUIMARÃES, D. C. **Dicionário técnico jurídico**. São Paulo: Rideel, 19<sup>a</sup> ed., 2016, 760p.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.14, n. 1, 2004.

GUSMÃO, D.; FERNANDES, B. M. F. Judicialização da política pública e a ruptura da equidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA, 5, 2017, Ribeirão Preto. **Anais eletrônicos...** Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Google%20Drive%20\(andriellygomes@mail.uft.edu.br\)/TESE/RESULTADOS/976-Texto%20do%20artigo-3953-2-10-20180117.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Google%20Drive%20(andriellygomes@mail.uft.edu.br)/TESE/RESULTADOS/976-Texto%20do%20artigo-3953-2-10-20180117.pdf) . Acess in: 21 de Out. 2021.

HABERMAS, J. **Between facts and norms**. Cambridge: Polity Press, 1996.

HAERTER, A. W. **A judicialização da saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma intervenção (in) devida**. 2016. 67f. T CC (Graduação) Curso de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.

HEDONISMO. **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Online. Disponível em:<<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=a887>>. 2015. Acesso em 18 abr 2020.

HEGEL, G. W. F. **Linhas fundamentais da filosofia do direito**. Trad. de Marcos Lutz Müller, Campinas, São Paulo, IFCH/UNICAMP, 1998.

HEIDEMANN, L. A.; OLIVEIRA, Â. M. M.; VEIT, E. A. Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. **Física na escola**, v. 11, n. 2, p. 30-33, 2010.

HOFFMANN, V. E.; BELUSSI, F. ; MARTÍNEZFERNÁNDEZ, M. T. ; REYES JR., E. . United westand, divided we fall? Clustered firms' relationships after the 2008 crisis. In: European Academy of Management Conference, Paris. **Proceedings of European Academy of Management Conference**. v. 16, p. 1-39, 2016.

HOLSTI, O. R. **Content analysis for the social sciences in humanities**. Addison-Wesley: 1969.

HORI, P. A participação social na gestão e proposição de espaços Públicos na metrópole de São Paulo. **XI Seminário Discente da Pós Graduação em Ciência Políticas da USP**. 2021.

IWAMOTO, H. M., CANÇADO, A. C. Gestão social: a contribuição potencial de uma tradição de pesquisa brasileira para o debate internacional sobre o Terceiro Setor. Palmas: **Revista Observatório**. v. 6, n. 4, p. 1 – 25, 2020.

JASMIN, M. G. Interesse bem compreendido e virtude em A Democracia na América. In: BIGNOTO, Newton. **Pensar a República**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000. 200p.

\_\_\_\_\_. **Aléxis de Tocqueville**: a historiografia como ciência da política. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG, 2005. 305p.

JUNCKES, M. **Ativismo judicial e o impacto no sistema público de saúde**. 2020. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

JUSTEN, C. E.; MORETTO NETO. L.; GARRIDO, P. O. Para além da dupla consciência: Gestão Social e as antessalas epistemológicas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, p. 237-251, 2014.

KLIKSBERG, B. A gerência social, uma gerência diferente. In KLIKSBERG, B. **Pobreza**: uma questão inadiável. Tradução de Cláudia Schiling. Brasília: UNICEF, 1994. 492p.

\_\_\_\_\_. KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 1, p. 59-85, 1988.

KRONEMBERGER, T. S.; MEDEIROS, A. C.; DIAS, A. F. Conselhos Municipais: institucionalização e funcionamento. In: TENÓRIO, F. G.; KRONEMBERGER, T. S. (Orgs.). **Gestão social e conselhos gestores**. Rio de Janeiro: FGV, 2016. p. 151-182.

\_\_\_\_\_. A gerência na década de 90. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 1, p. 59-85, 1988.

LACERDA, L. R.; FRANÇA, B. F.; FERRAZ, T. S.; RANGEL, T. L. V. O direito a um patamar mínimo de saúde e efetivação da dignidade humana. In.: **III Seminário “Ensino, Pesquisa & Cidadania em convergência”**. Rio de Janeiro: Faculdade Metropolitana São Carlos, 2019.

LAMPREA, E. The judicialization of health care: a global south perspective. **Annual Review of Law and Social Science**. v.13, p.431-449, 2017.

LA RUSSA, R. et al. Analysis of inadequacies in hospital care through medical liability litigation. **International Journal Environmental Research Public Health**, v.18, 3425, 2021.

LATHAM, J. R. A framework for leading the transformation to performance excellence part I: CEO perspectives on forces, facilitators, and strategic leadership systems. **Quality Management Journal**, v. 20, n.2, p. 22-35, 2013.

LIMA, G. M. **Direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2009.

LINSEN, T. S. et al. Medical malpractice litigation following primary total joint Arthroplasty: a comprehensive, nationwide analysis of the past decade. **The Journal of Arthroplasty**, 34, p. 102(7), 2019.

LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS, 2018, p. 319.

MACHADO, C.; MARTINI, S. R. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. **REI-REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, v. 4, n. 2, p. 774(96), 2018.

MAIA, M. Gestão Social: reconhecendo e construindo referenciais. **Textos & Contextos**, n. 4, p. 1-18, 2005.

MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 24ª Ed, 1998. 376p.

MAPELLI, R. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS** [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.

MARÇAL, K. K. S. **A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010** [Tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2012.

MARINHO, F. A.; CANÇADO, A. C.; IWAMOTO, H. M. Icelandic crowd-sourced constitution and social management: practice and theory in citizens democratic participation. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional (G&DR)**. v. 15, n. 2, p. 129-144, 2019..

MARQUES, N. O. **Judicialização da saúde: tendências emergentes no sistema brasileiro e no direito comparado**. 2017. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017.

MARTINS, L. A. RIGONI, K. P. M. Tutela antecipada: natureza e requisitos para sua concessão. **Revista Jus Navegandi**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/36095/tutela-antecipada-natureza-e-requisitos-para-sua-concessao>. Acesso em: 05 de Abril de 2021.

MASSÁU, G. C.; BAINY, A. K.; O impacto da judicialização da saúde na comarca de Pelotas. **Revista de Direito Sanitário**. v. 15, n. 2, p. 46 – 65, 2014.

MARIN, G. H.; et al. Litigation for health technology accessibility: a tool for inequality? Reflections based on case study analysis. **Journal of Clinical Cases and Reports**, v.3, n.S3, p. 17-22, 2020.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. **Estudos Avançados**: São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, 1998. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141998000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de abril de 2020.

MARTINS, A.; Allen, S. Litigation to access health services: ally or enemy of global public health? **Annals of Global Health**. v. 86, n. 1, p 1-5, 2020.

MATOS, A. C. S. A necessidade de judicialização do direito à saúde: histórico e posicionamento doutrinário e jurisprudencial pós constituição federal de 1988. **Revista Jus Navigandi**, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/72293>. Acesso em: 26 abr 2020.

- MEDINA, M. R. **A educação infantil e a pesquisa participante**. 2008. 111f. Dissertação (mestrado em educação) – UNISAL - Centro Universitário Salesiano, Americana, São Paulo, 2008.
- MÉKSENAS, P. Aspectos metodológicos da pesquisa empírica: a contribuição de Paulo Freire. **Revista Espaço Acadêmico**, ano VII, n. 78, nov. 2007.
- MELO, J. E. B. **O conselho de desenvolvimento regional da 27ª agência de desenvolvimento regional de São Joaquim/SC: uma análise do controle social à luz de sua gestão social**. 2019. 177f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí), 2018.
- MENDES, G. F.; BRANCO, P. G.G. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 1432p.
- MENDES, A. G. O acesso à justiça e as condições da ação. **Revista de processo**, v. 34, n. 174, p. 325-338, 2009.
- MENON, I. O. **Gestão social como campo do saber no Brasil: uma análise de sua produção científica pela modelagem de redes sociais (2005-2015)**. 2016. 222f. Dissertação (Mestrado em Ciências em Gestão de Políticas Públicas) Universidade de São Paulo – São Paulo, 2016.
- MICHELMAN, F. I. Socioeconomic rights in constitutional law: explaining America away. **International Journal Constitutional Law**. v. 6, p. 663–86, 2008.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 114p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416p.
- MIRANDA, S. R. M.; SILVA, R. S. B.; SOUZA, K. C. N. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão crítica da prática no sistema único de saúde. **DRd – Desenvolvimento Regional em Debate**. a. 3, n. 2, p. 135-153, 2013.
- MOLITERNO, M. P. Da imprescindível análise fática nas demandas de saúde: impropriedade da utilização irrestrita do mandado de segurança. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS, 2018, 319p.
- MONDAL, H.; MONDAL, S.; GHOSAL, T.; MONDAL, S. Using google forms for medical survey: a technical note. **International Journal of Clinical and Experimental Physiol**. v. 5, n. 4, p. 216-8, 2018.
- MORAES, A. **Direitos Humanos Fundamentais**. Teoria Geral. Comentários dos arts. 1o à 5o da Constituição da República Federativa do Brasil. Doutrina e Jurisprudência. 2. ed. São Paulo: Atlas S.A, 1998.197p.

- MORAES, I. S. **Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do ministério da saúde?** 2016. 170f. Dissertação (Mestrado em Administração) Faculdade de economia, administração, contabilidade e gestão de políticas públicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- MOREIRA, D. A. G. C. **Direito à saúde e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris Direito, 2015. 256p.
- MORO, C. C.; MORO, L. D.; RANDOW, R.; ZOCRATTO, K. B. F. Judicialização da saúde: propostas de racionalização. Brasília: **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v. 8, n. 1, 2019, p. 119-140.
- MOROZOWSKI, A. Editorial do valor econômico: judicialização da saúde. **Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa**. [online]. São Paulo, 2019: <https://www.interfarma.org.br/noticias/1928>. Acesso em: 29 de abr. 2020.
- MOSCOVICI, S.; FARR, F. Social representations. Cambridge: **University Press**, 1984.
- MOTA, J. S. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 6, n. 12, p. 371-380, 2019.
- MOTA, B. R. P. **Judicialização da saúde: análise a partir das percepções de juízes federais e estaduais atuantes em Fortaleza-CE**. 2017. 145f. (Mestrado em Direito Constitucional) – Fundação Edson Queroz, Universidade de Fortaleza, Ceará, 2017.
- NAHSAN, G.; MARTINS, J. N.; DALTRO, O. F.; BIANCHI, E. O direito social fundamental à saúde. **Revista FAIPE**, v. 10, n. 2, p. 88-94, 2020.
- NAKAMURA, F. C.; CAOBIANCO, N. M. a judicialização do direito à saúde em uma perspectiva comparada: Brasil e Colômbia. **Revista do Direito Sanitário**, v.20, n. 1, p. 63-85, 2019.
- NAUDORF, B.; CARLI, P.; GOULART, B. O Estado do Rio Grande do Sul e os impactos da judicialização da saúde na gestão pública. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS, 2018. 319p.
- NALINI, J. R. Justiça & saúde: um diálogo possível. In CARLINI, A. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2014. 216p.
- CAMPOS NETO, O. H. C.; GONÇALVES, L. A. O. ANDRADE, E. I. G. Estratégias do poder econômico interferindo no fenômeno da judicialização da saúde. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (orgs) **Coletânea Direito à Saúde: Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: Conselho Nacional De Secretários De Saúde – Conass, 2018. pp. 63-76
- NETO, O. H. C. **As ações judiciais por anticorpos monoclonais em Minas Gerais, 1999-2009: médicos, advogados e indústria farmacêutica**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

NEVES, P. B. P.; PACHECO, M. A. B. Saúde pública e poder judiciário: percepções de magistrados no estado do Maranhão. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 749 (68), 2017.

NICOLETE, R. K. S. Da doutrina do interesse bem compreendido n'A *Democracia na América*. Araucaria. **Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales**. v. 21, n. 42, p. 449-74, 2019.

\_\_\_\_\_. Do interesse (bem compreendido) como fundamento moral das sociedades democráticas. **IX ENCONTRO DA ABCP**. 2014.

\_\_\_\_\_. **Quando a política caminha na escuridão**: um estudo sobre interesse e virtude n'A *Democracia na América* de Tocqueville. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

NOGUEIRA, J. L.; CARVALHO, L.; DADALTO, L. Parcerias entre Universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v. 6, n. 1, p. 55 – 71, 2017.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 272p.

OLIVEIRA V. E.(ed.) **Judicialização de políticas públicas no brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: 2019. 332 p.

OLIVEIRA, G. W. B.; JACINSKI, L. A. **Desenvolvimento de questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo Google Forms**. 2017. 51f. Trabalho de conclusão de curso. (Tecnólogo em Análise e Desenvolvimento de Sistemas). Camus de Ponta Grossa, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2019.

OLIVEIRA, M. R.M. SOARES, R. A. S.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M.; DELDUQUE, M .C. Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos do Judiciário e da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

OLIVEIRA, M. R. M.; DELDUQUE, M. C.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde em Debate**.v. 39, n. 105, p. 525 - 535, 2015.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha Informativa sobre COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 07 de Abril de 2021.

\_\_\_\_\_. Folha informativa – Atenção primária à saúde. 2019. [Internet]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folh\\_a-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folh_a-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843). Acesso em: 24 de Out. 2021.

PAIM, P. Os passos do SUS: do apogeu à falência. A judicialização da saúde. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONASS, 2018. pp. 87-92.

PAIXÃO, A. L. S. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 6, p. 2167–2172. 2019.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L. OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-14, 2010.

PASA, L.M. A sociedade civil e o Estado. **Anais...** Simpósio de Filosofia Moderna e Contemporânea da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). 24. *In*: GUIMARÃES, J. A.; DIAS, J. F. A.; CUNHA, J. (Orgs.) – Toledo, PR: UNIOESTE, 2021. pp. 109-112. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgev/eventos/sfmc24>. Acesso em 18 de novembro de 2021.

PERLINI, N. M. O. G. SIMON, B. S. LACERDA, M. R. Teoria fundamentada nos dados: aspectos metodológicos em teses da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, pp. e2019-0274, 2020.

PIOGER, C. et al. Litigation in arthroscopic surgery: a 20-year analysis of legal actions in France. **European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery, Arthroscopy (ESSKA)**, v. 29, n. 5, p.1651-165, 2020.

PSANQUEVICH, P. K.; MOREIRA, R. A. G. F. Retrato da judicialização da saúde no município de São Paulo entre 2017 e setembro de 2018 e os principais resultados obtidos pelas ações adotadas. **Revista de administração em saúde**. São Paulo. v. 19, n. 75, pp. E166, 2019.

RAMOS, R. S. **As representações sociais da judicialização da saúde para profissionais da saúde**. 2015. 204f. Tese (Doutorado em enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T.; GUIMARÃES, R. M.; SANTOS, E. I. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 18-38, 2017.

RAMOS, C. A. A Cidadania como Intitulação de Direitos ou Atribuição de Virtudes Cívicas: Liberalismo ou Republicanismo? **Síntese**, v. 33, n. 105, p. 77-115, 2006.

REGEV, G. S.; SER, A. M. Breast cancer medical malpractice litigation in New York: the past 10 years. **The Breast**, v. 46, p. 1-3, 2019.

RIGO, V. Direito de todos e de cada um. *In*: ASSIS, A.(Coord.). **Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde**. Porto Alegre: Notadez, 2007. 173-185p.

RIZOTTI, M. L. A.; NISHIMURA, S. R. Gestão social e desenvolvimento territorial: a experiência da cidade de Londrina/PR. *In Colóquio Internacional sobre Poder Local*, 10, 2006, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2006.

RODRIGUES, D. S. Democracia sanitária, judicialização da política e neoliberalismo. **Caderno Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 10, n. 1, p. 224-32, 2021.

RODRIGUES, D. S.; REIS, G. T. S. Os direitos dos pacientes com câncer: a ineficiência do estado e o papel humanitário do estudante de direito em sua explicitação. Palmas: **Revista Vertentes do Direito**. v. 6, n. 1, p. 72-87, 2019.

RODRIGUES, W.; CANÇADO, A. C.; PINHEIRO, L. S. Gestão social comparada: territórios da APA Cantão e Bico do Papagaio no Tocantins. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, [S. l.], v. 10, p. 703-729, 2020. DOI: 10.24302/drd.v10i0.2884. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/2884>. Acesso em: 17 nov. 2021.

ROHLING, M. A igualdade e a liberdade em Tocqueville: contribuições para o desenvolvimento da virtude cívica liberal e a tarefa político-pedagógica da democracia. **Em tese**, v. 12, n. 1, p. 80-107, 2015.

ROJAS, H. C.; PERILLA, M. M. El derecho a la salud, el litigio y el aporte de la Corte Constitucional colombiana: una revisión sistemática de literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 25, p. 1-14, 2021.

SÁ, C.P.A. **A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro. EDUERJ, 1998. 106p.

SALOMÃO, F. C. Novo estruturalismo jurídico: uma alternativa para o direito. **Revista dos Tribunais**, n. 926, p. 533(47), 2012.

SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807-19, 2021.

SANTOS, L. A. P.; GONÇALVES, J. R. A judicialização da saúde: desafio da efetivação dessa garantia fundamental. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**. v. 11, n. 40, p. 43-53, 2020.

SANTOS, B. S. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013. 133p.

SANTOS, L. **Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde**. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista Doutrina**, v. 1, n. 1, P. 171- 213, 2007. Disponível em:

<[Http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo\\_mariana.html](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html)>. Acesso em: 17 de Mar. de 2021.

SASAKI, K.; SOUZA, R. C. de A. Reflexões Sobre a Gestão Social e Ambiental da Comunidade de Artesãos de Porto Sauípe - Bahia. *In Colóquio Internacional sobre Poder Local*, 10, 2006, Salvador. **Anais...**, Salvador: CIAGS/UFBA, 2006.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interativas. **Psicologia USP**, v. 17, n. 2, p. 11-41, 2006.

SCHULMAN, G.; SILVA, A. B. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, 2017.

SCHULZE, C. J. **Novos parâmetros para judicialização da saúde**: critérios para a teoria da decisão judicial. 2019. 226f. Tese (Doutorado em Ciência Jurídica) – Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, Itajaí – SC, 2019.

\_\_\_\_\_. Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor. CONASS. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_12B.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_12B.pdf). Acesso em 6 outubro 2021.

SEGATTO, C. M.S. **A judicialização da saúde na percepção dos magistrados**: o entendimento dos juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de demandas pela secretaria de estado da saúde de São Paulo entre 2005 e 2017. 2018. 68f. Dissertação (Mestrado em gestão para competitividade). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2018.

SILVA-ARROYAVE, S. O. O Progresso da regulamentação e implementação do e-democracia na Colômbia. **MEMORIAS FORENSES**, n.5, p. 1-26, 2021.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SILVA, JR.; J. T. Descentrando a pesquisa: o laboratório interdisciplinar de estudos gestão social (LIEGS). *In SILVA JR, J. T.; MÂISH, R. T.; CANÇADO, A. C.; SCHOMMER, P. C. Gestão Social: Práticas em debate, teorias em construção. Imprensa Universitária*, 2008.

SILVA, L. B. Judicialização da saúde e a pandemia da COVID-19. *In ASENSI, F. (Org.). Conhecimento e multidisciplinaridade*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, v. 1, 2020. 574p.

SILVA, A. B. A intervenção do judiciário nas políticas públicas de saúde: elementos de (não) justificação constitucional. *In: MEZZARROBA O et al. (Orgs.). Direitos sociais e políticas públicas. I. Curitiba: Clássica*, v. 25, 2014, p. 465-494

SILVA, C. A. O fornecimento de medicamentos: política essencial para a efetivação do direito à saúde. **Conteúdo jurídico**, 2011. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/23811/o-fornecimento-de-medicamentos-politica-essencial-para-a-efetivacao-dodireito-a-saude>. Acesso em 30 de mar 2021.

SILVA JR., J. T. ENAPEGS. *In: BOULLOSA, Rosana de Freitas (org.). Dicionário para a formação em gestão social*. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014. pp. 60-63.

SILVA, L. C. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. **Revista âmbito jurídico**. [online]. São Paulo. 2013.

Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/judicializacao-da-saude-em-busca-de-uma-contencao-saudavel/>. Acesso em: 26/12/2019.

SILVA, M. O. S. **Refletindo a pesquisa participante no Brasil e na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, J. A. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 3ª. ed. São Paulo: editora Malheiros, 1998.

SILVEIRA, T. S.; CANÇADO, A. C.; PINHEIRO, L. S. A participação no Conselho Municipal de Saúde em Imperatriz – MA na perspectiva da gestão social e da cidadania deliberativa. **Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 3, p. 45-60, 2014.

SOCAL, M. P.; AMON, J. J.; BIEHL, J. Right-to-medicines litigation and universal health coverage: institutional determinants of the judicialization of health in Brazil. **Health and Human Rights Journal**, v. 22, n. 1, 221-235, 2020.

SOUZA, A. P. J. O duplo papel da judicialização da saúde: limites e desafios. **Revista de Direito Sociais e Política Públicas**, v. 5, n. 1, p. 44-59, 2019.

SOUZA, W. J.; OLIVEIRA, M. D. Fundamentos da gestão social na revolução industrial: leitura e crítica aos ideais de Robert. **O&S**, v. 13, n. 39, p. 59 – 76, 2006.

SPITZCOVSKY, C. O direito à vida e as obrigações do Estado em matéria de saúde. **Revista Jus Navigandi**, v. 11, n. 1053, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Artmed: Porto Alegre, 2008.

TAUK, C. S. . Accountability para a razoabilidade nos litígios de saúde: uma proposta de controle procedimental . **Revista de Direito Sanitário, [S. l.]**, v. 20, n. 3, p. 114-138, 2020.

TENÓRIO, F. G.; ROZENBERG, J. E. Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação. **Revista de Administração Pública**, v. 31, n. 4, p. 101-125, 1997.

\_\_\_\_\_. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 5, p. 7-23, 1998.

\_\_\_\_\_. Um espectro ronda o terceiro setor: o espectro do mercado. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 5, p. 85-102, 1999.

\_\_\_\_\_. (Re) visitando o conceito de Gestão Social. **Revista Desenvolvimento em Questão**, ano 3, n. 5, p. 101-124, 2005.

\_\_\_\_\_. A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS). **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 6, p. 1145-62, 2006.

\_\_\_\_\_.; SARAIVA, H. J. Escorços sobre gestão pública e Gestão Social. In: MARTINS, P. E. M.; PIERANTI, O. P. (Orgs.) **Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo**. 2. ed. **Rio de Janeiro: FGV**, 2006, pp. 107-132.

\_\_\_\_\_. **Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado**. 3 Ed. Ijuí: Editora da Unijuí, 2008.

\_\_\_\_\_. Gestão social: uma réplica. **Revista do Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial**. v. 13, n. 2, pp. 1-4, 2009.

\_\_\_\_\_. KRONEMBERGER, T. S. Apresentação. In: TENÓRIO, F. G.; KRONEMBERGER, T. S. (Orgs.). **Gestão social e conselhos gestores**. **Rio de Janeiro: FGV**, 2016.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **PMKT - Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing - Opinião e Mídia**, v. 3, n. 2, pp. 20-27, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986.

TREGLIA, M. et al. Medical liability: review of a whole year of judgments of the civil court of Rome. **International Journal Environmental Research Public Health**, v.18, 6019, 2021.

UBEROI, D. Courts and the right to health: the potential of strategic litigation to achieve health policy change. **Medicine and Law**. v. 39, n. 4, p. 571(84), 2020.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

\_\_\_\_\_. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Divulgação em Saúde Para Debate**. n. 27, p 107-115, 2003.

VERBICARO, L. P.; SANTOS, A. C. V. A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 185 – 211, 2017.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa na administração**. [ONLINE] São Paulo: Atlas, 2005. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/35102746/sylvia-constant-vergara-metodos-de-pesquisa-em-administracao>>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

VIANA, A. C. A. Transformação digital na administração pública: do governo eletrônico ao governo digital. **Revista Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo**, v. 8, n. 1, p. 115-136, 2021.

XAVIER, C. A. Judicialização da saúde: perspectiva crítica sobre os gastos da união para o

cumprimento das ordens judiciais. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: CONAAS, 2018, pp. 52-62.

ZAGO, B.; SWIECH, L. M.; BONAMIGO, E. L.; JUNIOR, B. R. S. Aspectos bioéticos de la judicialización de la salud por fármacos em 13 ayuntamientos en el Medio Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Acta Bioethica**, v. 22, n. 2, 293-302, 2016.

ZIOLKOWSKI, M. I.; GOMES, G. S.; PIEGAS, E. M.; PARISOTTO, A. J.; BITTENCOURT, R. A.; HAAS, S. E. Judicialization of health: lawsuits for access to medicines in Uruguaiiana-RS. **ABCS health sci**, v. 46, n. 1, p. e021202-e021202, 2021.

WALDRON J. The core of the case against judicial review. **Yale Law Journal**. v. 115, n. 6, pp. 1346–1406, 2006.

WANDERLEY, L. S. O.; LIMA, S. M. S.; PASA, C. Liberdades instrumentais do Amartya Sen na gestão social de territórios. Colóquio Internacional sobre Poder Local, 10, 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: CIAGS/UFBA, 2006.

WANG, D. W. L. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, 2009.

\_\_\_\_\_. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, p. 849(69), 2021.

WANG, D. W. L. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, p. 849-869, 2021.

WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDEN, K. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal Nursing Care Quality**. v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

**APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa A gestão social frente à questão da judicialização da saúde no estado do Tocantins, que tem como objetivo de descrever e discutir as possibilidades da gestão social na questão judicialização da saúde no estado do Tocantins.

O motivo que nos leva a estudar essa temática reside no aumento vertiginoso dos números de judicialização de saúde em todo país, não diferente no estado do Tocantins.

Para este estudo adotaremos a aplicação de questionários aos magistrados, gestores da saúde e acadêmicos do curso de direito, via *Google Forms*. Para análise dos dados colhidos por meio da entrevista será empregado o método de análise de conteúdo. A sua participação consistirá em responder ao roteiro de entrevista enviado para o e-mail via *Google Forms* ou, se presencial, gravada com o auxílio de um aparelho gravador, mediante autorização do participante. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possível invasão de privacidade, risco de constrangimento ao responder questões entendidas como sensíveis, vitimização, perda do autocontrole e integridade perturbada ao revelar pensamentos e sentimentos revelados, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, demanda de tempo empregado para entrevista, traumas ou situações desconfortáveis que a entrevista pode trazer à tona, e esquecimentos ou “brancos” que poderão suceder. No entanto os riscos ou possíveis danos poderão ser amenizados pela garantia ao acesso dos resultados individuais sempre que solicitados, assegurar que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados mediante a realização do teste piloto da pesquisa, ser sensível e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto dos sujeitos, minimizar desconfortos e interrupções garantindo local reservado e liberdade para não responder questões que os sujeitos considerem constrangedoras, assegurar a confidencialidade e a privacidade garantindo-lhe a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, assegurar a suspensão do estudo imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito

participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento, garantir a divulgação pública dos resultados, bem como o retorno dos mesmos aos sujeitos, assegurar a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, assumir o compromisso de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, que nesse caso, tende a contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, e assegurar o anonimato dos sujeitos na descrição e discussão do estudo.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e, a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pela pesquisadora. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, no Laboratório de Saúde Coletiva, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos no Laboratório de saúde coletiva do Curso de Medicina de Campus de Araguaína da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa A gestão social frente à questão da judicialização da saúde no estado do Tocantins de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

(        ) **Concordo que o meu registro sonoro gravado através do celular da pesquisadora seja utilizado somente para esta pesquisa.**

**( ) Concordo que o meu registro sonoro possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado (a) pela pesquisadora novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.**

---

Assinatura da pesquisadora

---

Assinatura do participante

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Andrielly Gomes de Jesus  
Endereço: Rua Porto Alegre, nº 357, St. Brasil, Araguaína-TO.  
CEP: 77824-280  
Fone: (63) 98517-4968  
E-mail: andriellygm@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
Hospital de Doenças Tropicais - UFT  
Rua José de Brito, nº 1015 - Setor Anhanguera  
CEP 77.818-530  
Araguaína-TO

Tel.: (63) 3413-8642  
E-mail: [cep.hdt@ebserh.gov.br](mailto:cep.hdt@ebserh.gov.br)

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO - MAGISTRADOS****UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

- 1) O (a) senhor (a) já vivenciou a experiência de julgar alguma ação judicial à saúde?**
- 2) Como é percebido o fenômeno da judicialização da saúde para o (a) senhor (a) enquanto juiz?**
- 3) A que o (a) senhor (a) atribui os números crescentes de ações judiciais envolvendo o direito a saúde?**
- 4) Qual o maior/principal desafio enfrentado pelos Magistrados em relação às ações judiciais de saúde?**
- 5) Como o (a) senhor (a) avalia o impacto das suas decisões (favorável ou desfavorável) quanto às demandas que envolvam o direito à saúde?**
- 6) Como o (a) senhor (a) procede diante das demandas por direito à saúde (recorre a algum parâmetro que contribua para decisão desse dilema, ou promove a discussão acerca do tema com colegas de trabalho ou outros profissionais que possam colaborar com a decisão)?**
- 7) Do seu ponto de vista profissional, quais alternativas, soluções ou estratégias que podem ser realizadas para minimizar o os números de ações judiciais à saúde?**
- 8) Como o senhor enxerga a posição do judiciário Tocantinense na perspectiva da judicialização da saúde?**

- 9) Como são pautadas as relações entre Estado, Magistrados, Sociedade Civil, Gestores, Defensores públicos ou demais atores envolvidos no processo da judicialização de saúde?
- 10) Quais alternativas ou estratégias que o (a) senhor (a) acredita que a sociedade civil, comunidade, os indivíduos podem tomar com vistas a assegurar o direito à saúde?
- 11) Em sua opinião, qual camada da sociedade é a mais beneficiada pela judicialização da saúde? Porque?
- 12) Em sua opinião, há (existe) algum equívoco em relação à interpretação do Art. 196 da Constituição Federal (1988) o qual trata do direito à saúde que incide nos números crescentes da judicialização da saúde?  
"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" (BRASIL, 1988).
- 13) O (A) senhor (a) já participou do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde instituído em 2010?
- 14) Como o (a) senhor (a) avalia/percebe/interpreta o choque de interesses ou conflito de interesses individual *versus* coletivo presente na judicialização da saúde? Ao deferir uma ação judicial (jurisdicionado individual) estaria ao mesmo tempo comprometendo a coletividade (sociedade)?

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO - GESTORES DA SAÚDE****UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL****1) Grau de instrução (Classificação segundo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)):**

- Y Nível 1 - compreende as pessoas com ensino fundamental incompleto
- Y Nível 2 - compreende as pessoas com fundamental completo e médio incompleto
- Y Nível 3 - compreende pessoas com ensino médio completo ou superior incompleto
- Y Nível 4 - compreende as pessoas com nível superior completo
- Y Nível 5 - compreende pessoas com alguma pós-graduação, mesmo que ainda estiver em curso (pós-graduação *latu sensu*, ou *stricto sensu* - mestrado, doutorado ou pós-doutorado)
- Y Outros

**Cargo/função:** \_\_\_\_\_

- 2) Como o (a) senhor (a) define, interpreta ou entende por judicialização da saúde?**
- 3) O (a) senhor (a) já participou de algum evento (encontros, fóruns, congressos, conferências municipais ou estaduais de saúde, reuniões de conselhos, capacitação, treinamento, entre outros) onde o tema judicialização de saúde foi discutido?**
- 4) No município ao qual o (a) senhor (a) é gestor, qual a frequência de casos de direito à saúde judicializados?**

- Y Alta frequência

- Y Média frequência
- Y Baixa frequência
- Y Não há casos dessa natureza no município

- 5) **Como a judicialização da saúde interfere na gestão de saúde local?**
- 6) **Qual o maior/principal desafio enfrentado pelo Gestor de saúde em relação às ações judiciais de saúde?**
- 7) **Quais as principais causas ou motivos de saúde que levam a população local recorrer à justiça?**
- 8) **Em sua opinião, qual camada da sociedade é a mais beneficiada pela judicialização da saúde? Porque?**
- 9) **Em sua opinião, há (existe) algum equívoco em relação à interpretação do Art. 196 da Constituição Federal (1988) o qual trata do direito à saúde que incide nos números crescentes da judicialização da saúde?**  
**"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" (BRASIL, 1988).**
- 10) **Sobre possíveis fragilidades relacionadas à gestão da saúde (tanto em nível municipal, estadual ou nacional), a que o (a) senhor (a) atribui os números de judicialização de saúde locais?**
- 11) **Como são pautadas as relações entre Estado, Magistrados, Sociedade Civil, Gestores, Defensores públicos ou demais atores envolvidos no processo da judicialização de saúde?**
- 12) **Como o papel do gestor pode interferir na redução do número de ações judiciais envolvendo o direito à saúde?**

**13) Como o (a) senhor (a) avalia/percebe/interpreta o choque de interesses ou conflito de interesses individual *versus* coletivo presente na judicialização da saúde?**

**14) Em sua opinião, um juiz ao deferir uma ação judicial (jurisdicionado individual) estaria ao mesmo tempo comprometendo a coletividade (sociedade)?**

**15) Em sua opinião qual melhor estratégia para defender o direito à saúde da população?**

Y Participação popular de forma efetiva na implementação, discussão e fiscalização das políticas públicas.

Y Acessar o Judiciário visando à garantia do direito à saúde

Y Outras \_\_\_\_\_

**16) Enquanto gestor de serviços de saúde, você entende que a judicialização da saúde:**

Y É necessária, uma vez que impulsiona a administração pública a executar as ações em saúde sobre as quais estavam omissas.

Y É prejudicial, pois acarreta uma interferência no âmbito administrativo, ocasionando desajustes orçamentários.

Y É a alternativa mais eficiente de assegurar o tratamento, procedimento ou insumos entre outros que o sujeito necessita.

Y Não é relevante para a gestão de serviços de saúde

Y Outros \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO - ACADÊMICOS DO CURSO DE DIREITO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL****Idade:** \_\_\_\_\_**Gênero:** **Feminino** **Masculino** **Prefiro não dizer****Instituição de Ensino Superior:** \_\_\_\_\_**Período/ano que está cursando:** \_\_\_\_\_**Instituição de Ensino Superior:**     **Pública**                       **Privada**

- 1) Como o (a) senhor (a) define, interpreta ou entende por judicialização da saúde?**
- 2) A que o (a) senhor (a) atribui os números elevados da judicialização da saúde (marcar quais julgarem necessárias)?**
  - Recurso público ineficiente
  - Má gestão ou gestão deficiente
  - Efetivação do direito à saúde e/ou a vida com dignidade
  - Políticas públicas ineficazes
  - Pressão exercida pela indústria farmacêutica aos prescritores, pacientes e gestores
  - Ineficiência do Estado
  - Outras. Quais \_\_\_\_\_

**3) O (a) senhor (a) tem conhecimento de pessoas que demandaram o judiciário por questões de saúde?**

Y Sim

Y Não

**4) Na sua opinião qual a importância da abordagem do tema da judicialização da saúde na/para a formação acadêmica?**

Y Sim, é importante a abordagem da temática para a formação acadêmica já que a saúde é direito fundamental social assegurado a todo cidadão, além de ser um tema atual, pertinente e de grande ocorrência.

Y Não, a abordagem dessa temática não é relevante para a formação acadêmica por ser um problema aparentemente isolado, não preocupante, restrito a minoria da população. A abordagem desse assunto pode ocorrer nos curso de formação continuada de acordo com o interesse de cada indivíduo posterior a sua graduação.

**5) Para você, a judicialização da saúde é uma estratégia/alternativa de garantia do direito a saúde? Há alguma outra alternativa para assegurar o direito à saúde que não seja a via judicial? Se sim, qual?**

Y A judicialização da saúde é uma boa alternativa adotada pelos indivíduos para resguardar os seus direitos, atender às reivindicações, além de ser uma conduta de atuação legítima dos cidadãos para promover a garantia da promoção dos direitos de cidadania, assegurados pelo aparato jurídico.

Y A judicialização não é a melhor alternativa uma vez que a mesma tende a individualizar a política, privilegiando o direito individual sobre o coletivo e substituindo as formas históricas de luta, além de aumentar as desigualdades entre os cidadãos.

Y Além da judicialização existem outras alternativas de garantir o direito a saúde, como\_\_\_\_\_.

**6) Em sua opinião, qual camada da sociedade é a mais beneficiada pela judicialização da saúde? Porque?**

**7) Em sua opinião, há (existe) algum equívoco em relação à interpretação do Art. 196 da Constituição Federal (1988) o qual trata do direito à saúde que incide nos**

números crescentes da judicialização da saúde?

"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" (BRASIL, 1988).

- 8) Como o (a) senhor (a) avalia/percebe/interpreta o choque de interesses ou conflito de interesses individuais *versus* coletivo presente na judicialização da saúde? Um juiz ao deferir uma ação judicial (jurisdicionado individual) estaria ao mesmo tempo comprometendo a coletividade (sociedade)?

## APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO - DEFENSORES PÚBLICOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

**Tempo de atuação na Defensoria Pública em anos:** \_\_\_\_\_

- 1) **O (A) senhor(a) já vivenciou a experiência de atuar em alguma ação judicial referente à saúde?**
- 2) **Como é percebido o fenômeno da judicialização da saúde para o(a) senhor(a) enquanto defensor público?**
- 3) **Como o(a) senhor(a) enxerga/avalia o papel ou a atuação da Defensoria Pública em prol do acesso à saúde dos cidadãos?**
- 4) **Qual o maior/principal desafio enfrentado pelo Defensor Público em relação às ações judiciais de saúde?**
- 5) **A que o(a) senhor(a) atribui os números crescentes de ações judiciais envolvendo o direito a saúde?**
- 6) **Como o(a) senhor(a) avalia o impacto das decisões judiciais (favorável ou desfavorável) quanto às demandas que envolvam o direito à saúde?**
- 7) **Do seu ponto de vista profissional, quais alternativas, soluções ou estratégias que podem ser adotadas para minimizar o número de ações judiciais referentes o direito à saúde?**

- 8) Como são pautadas as relações entre Estado, Magistrados, Sociedade Civil, Gestores, Defensores públicos ou demais atores envolvidos no processo da judicialização de saúde?
- 9) Em sua opinião, qual camada da sociedade é a mais beneficiada pela judicialização da saúde?
- 10) Em sua opinião, há (existe) algum equívoco em relação à interpretação do Art. 196 da Constituição Federal (1988) o qual trata do direito à saúde que incide nos números crescentes da judicialização da saúde?  
"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" (BRASIL, 1988).
- 11) Quais alternativas ou estratégias que o(a) senhor(a) acredita que a sociedade civil, comunidade, os indivíduos podem adotar com vistas a assegurar o direito à saúde?
- 12) Considerando que os recursos financeiros e materiais são finitos. Como o(a) senhor(a) avalia/percebe/interpreta a tensão existente entre o conflito de interesses entre o direito individual e o direito coletivo presentes na judicialização da saúde? Um juiz ao deferir uma ação judicial (jurisdicionado individual) estaria ao mesmo tempo comprometendo a coletividade (sociedade)?

### APÊNDICE F – TABELA 3

Tabela 3 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Papel do Estado segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Papel do Estado																								Recorrência	
	Entrevistados																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
Ineficiência do Estado	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x		x		x		x	x	x	x	x	x		19
Gestão pública deficiente		<b>X</b>	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x			19
Políticas públicas ineficazes		<b>X</b>	x	x	x	x			x	x		x		x	x		x	x		x	x	x				15
Precariedade nos serviços de saúde					<b>X</b>				x																	2
Baixa oferta de serviços							<b>X</b>																			1
Tratamentos negados	<b>X</b>	x	x		x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x		18
Omissão do Estado					<b>X</b>		x																			1
Morosidade e desídia do poder público											<b>X</b>		x							x						2
Não garantia ou inefetividade do direito à saúde por parte do Estado		<b>X</b>	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
Falta de comprometimento do Estado em relação à saúde							<b>X</b>						x													2
Aquisição de convênios												<b>X</b>														1
Total de novos tipos de ocorrência	2	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE G – TABELA 4

Tabela 4 – Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Judicialização da saúde segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Judicialização da saúde																								Recorrência
	Entrevistados																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Estratégia/alternativa/apoio/necessidade de garantia de acesso a serviços e tratamentos de saúde	<b>X</b>	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	18
Gratuidade e eficácia		<b>X</b>	x				x	x			x								x	x	x	x			9
Migração das demandas de saúde ao judiciário											<b>X</b>														1
Total de novos tipos de ocorrência	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE H – TABELA 5

Tabela 5 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Saúde segundo percepção dos acadêmicos do curso de direito

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Saúde																								Recorrência
	Entrevistados																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Direito constitucional à saúde		<b>X</b>		x	x	x						x			x			x	x	x	x	x	x		12
Efetivação e garantia de acesso a serviços de saúde	<b>X</b>	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x			x	x	x	x		x		x	x	18
Planos de saúde																									
Sistema de saúde mais eficiente					<b>X</b>																				1
Promoção da saúde			<b>X</b>																						1
Acesso universal e igualitário aos serviços de saúde			<b>X</b>					x																	2
Total de novos tipos de ocorrência	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE I – TABELA 6

Tabela 6 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Sociedade civil segundo a percepção dos acadêmicos do curso de direito

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Sociedade civil																								Recorrência		
	Entrevistados																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
Ativismo social		<b>X</b>																								1	
Políticas sociais		<b>X</b>	x																								2
Escolha consciente dos representantes Políticos							<b>X</b>																				1
Classe social baixa é a mais privilegiada		<b>X</b>	x		x	x	x	x	x		x	x	x				x		x	x	x	x		x			16
Classe social média é a mais privilegiada	<b>X</b>			x		x					x				x								x				6
Classe social alta é a mais privilegiada											<b>X</b>				x	x		x						x			5
Prejuízo à coletividade									<b>X</b>					x	x						x						4
Impacto favorável à coletividade											<b>X</b>																1
Não compromete à coletividade		<b>X</b>	x	x	x	x	x	x				x	x			x		x				x	x	x	x		15
Total de novos tipos de ocorrência	1	3	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

**APÊNDICE J – TABELA 7**

Tabela 7 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos gestores de saúde

Tipos de enunciados	Entrevistados														Recorrência
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Tratamentos negados	<b>X</b>					x				x		x			4
Não garantia ou inefetividade do direito à saúde por parte do Estado			<b>X</b>	x	x										3
Governança					<b>X</b>			x			x				3
Baixa arrecadação e receita local		<b>X</b>					x								2
Inefetividade e morosidade da administração pública				<b>X</b>	x				x						3
Falta de comprometimento do Estado	<b>X</b>		x										x		3
Políticas públicas			<b>X</b>												1
Total de novos tipos de ocorrência	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE K – TABELA 8

Tabela 8 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos gestores de saúde

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: Judicialização da saúde														Recorrência
	Entrevistados														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Estratégia/alternativa/apoio/necessidade de garantia de acesso a serviços e tratamentos de saúde	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x			x	x	x			10
Nunca participei de eventos relacionados à judicialização da saúde	<b>X</b>			x		x	x		x						5
Participei de eventos relacionados à judicialização da saúde		<b>X</b>	x		x			x							4
Alta frequência de casos de judicialização					<b>X</b>									x	2
Média frequência de casos de judicialização		<b>X</b>		x		x		x	x				x		6
Baixa frequência de casos de judicialização	<b>X</b>		x				x			x	x	x			6
Prazos curtos estabelecidos pelo judiciário				<b>X</b>			x		x				x		4
Decisões judiciais onerosas				<b>X</b>				x		x				x	4
Evocação indiscriminada ao judiciário		<b>X</b>													1
Estabelecimento de relações intersetoriais, interinstitucionais sobre o assunto (fóruns, encontros, discussões)			<b>X</b>	x			x				x			x	5
Prejuízo à coletividade		<b>X</b>		x	x	x			x		x		x	x	8
Não compromete a coletividade			<b>X</b>				x	x	x	x		x			6
Ação necessária benéfica ao setor saúde	<b>X</b>	x			x		x		x	x		x	x	x	9
Ação prejudicial por acarretar interferências administrativas não previstas			<b>X</b>	x		x		x		x	x				6
Total de novos tipos de ocorrência	4	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE L – TABELA 9

Tabela 9 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos gestores de saúde

Tipos de enunciados	Entrevistados														Recorrência
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Efetivação e garantia de acesso a serviços de saúde		<b>X</b>		x	x	x						x			4
Garantia do acesso à saúde universal e igualitário						<b>X</b>									1
Privatização do setor da saúde							<b>X</b>								1
Recursos orçamentários da saúde	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Celeridade dos fluxos relacionados à saúde				<b>X</b>											1
Programação Anual de Saúde/Plano Municipal e Saúde	<b>X</b>		x						x						3
Deficiências, precariedade e fragilidades do sistema de saúde	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		11
Resolutividade do sistema de saúde local					<b>X</b>										1
Papel do gestor sanitário - responsabilidade								<b>X</b>							1
Total de novos tipos de ocorrência	3	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

**APÊNDICE M – TABELA 10**

Tabela 10 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos gestores de saúde

Tipos de enunciados	Entrevistados														Recorrência
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Reivindicação ao acesso a serviços de saúde					<b>X</b>	x		x							3
Assistência de saúde individual ou coletiva												<b>X</b>	x		2
Controle social			<b>X</b>												1
Classe social baixa é a mais privilegiada				<b>X</b>	x				x			x			4
Classe social média é a mais privilegiada	<b>X</b>	x	x	x		x	x			x				x	8
Classe social alta é a mais privilegiada							<b>X</b>								1
Grau de instrução		<b>X</b>	x	x	x			x			x			x	7
Participação popular efetiva	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		12
<b>Total de novos tipos de ocorrência</b>	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE N – TABELA 11

Tabela 11 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado segundo a percepção dos magistrados

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: papel do Estado												Recorrência
	Entrevistados												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Falta de responsabilização dos gestores		<b>X</b>			x	x		x	x	x	x		7
Transferência de responsabilidade do poder Executivo ao Judiciário					<b>X</b>				x			x	3
Ineficiência do Estado ou estatal	<b>X</b>		x		x	x	x					x	6
Politização de pastas técnicas					<b>X</b>								1
Omissão do Legislativo				<b>X</b>									1
Decisões que impactam na gestão orçamentária do Estado			<b>X</b>										1
A barreira da reserva do possível afeta ao Executivo							<b>X</b>						1
Accountability interno e externo									<b>X</b>				1
Governança da gestão							<b>X</b>						1
Dissociação entre direito e políticas públicas								<b>X</b>					1
Art. 196 - norma programática, não tem efeitos concretos	<b>X</b>												1
Total de novos tipos de ocorrência	2	1	1	1	2	0	2	1	1	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE O – TABELA 12

Tabela 12 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: judicialização da saúde segundo a percepção dos magistrados

Tipos de enunciados	Entrevistados												Recorrência	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Aumento do número de casos	<b>X</b>	x												2
Defesas apresentadas são genéricas	<b>X</b>													1
Cautela				<b>X</b>										1
Ferramentas contra inércia					<b>X</b>									1
Por vezes, necessário (necessidade)						<b>X</b>	x					x		3
Ética jurídica		<b>X</b>						x						2
Inafastabilidade da jurisdição										<b>X</b>		x		2
Não cometer graves injustiças ao adentrar em questões de mérito administrativo	<b>X</b>													1
Efetividade temporal		<b>X</b>												1
Clareza e entendimento do ramo/assunto						<b>X</b>							x	2
Princípio da isonomia			<b>X</b>	x						x	x			4
Efetivação da decisão judicial				<b>X</b>							x			2
Politização do judiciário							<b>X</b>	x						2
NATJUS	<b>X</b>		x		x	x	x	x			x			7
Supremo tribunal da justiça / Tribunal da justiça					<b>X</b>			x						2
Total de novos tipos de ocorrência	4	2	1	2	2	2	1	0	0	1	0	0		-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

### APÊNDICE P – TABELA 13

Tabela 13 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde segundo a percepção dos magistrados

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: saúde												Recorrência
	Entrevistados												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Efetivação e garantia do direito à saúde	<b>X</b>		x			x			x		x		5
Ineficiência do serviço de saúde pública					<b>X</b>		x	x		x			4
Precariedade do sistema público de saúde		<b>X</b>	x					x	x				4
Escassez de recursos orçamentários			<b>X</b>					x					2
Ferir e interferir na regulação (fila de espera)				<b>X</b>		x						x	3
Total de novos tipos de ocorrência	1	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE Q – TABELA 14

Tabela 14 - Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil segundo a percepção dos magistrados

Tipos de enunciados	Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria: sociedade civil												Recorrência
	Entrevistados												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Saúde - direito do cidadão e dever do Estado (concretização e efetivação de direitos fundamentais)		<b>X</b>			x			x			x	x	5
Conscientização do cidadão quanto seus direitos			<b>X</b>										1
Decisões justificáveis em favor da vida	<b>X</b>												1
Preservação da vida de todos				<b>X</b>									1
Beneficiamento individual em detrimento da coletividade					<b>X</b>								1
Planos de saúde			<b>X</b>										1
Melhor escolhas dos gestores Legislativo e do Executivo (voto popular)				<b>X</b>		x				x		x	4
Ações que visam implementar políticas públicas de saúde		<b>X</b>							x				2
Participação popular efetiva / acompanhamento / fiscalização					<b>X</b>		x	x					3
Todas as camadas sociais são beneficiadas com a judicialização da saúde							<b>X</b>		x				2
Classe social baixa é a mais privilegiada	<b>X</b>	x		x					x				4
Classe social média é a mais privilegiada		<b>X</b>		x					x			x	4
Classe social alta é a mais privilegiada			<b>X</b>			x			x			x	4
Os advogados são os mais beneficiados com a judicialização da saúde	<b>X</b>												1
Na judicialização da saúde não há mais beneficiada, há menos prejudicada: carente				<b>X</b>						x			2
Defensoria pública atuante					<b>X</b>		x						2
Prejuízo a coletividade	<b>X</b>				x		x		x		x		5
Não compromete a coletividade		<b>X</b>		x				x					3
Personalismo ético e utilitarismo			<b>X</b>										1
Total de novos tipos de ocorrência	4	4	4	3	3	0	1	0	0	0	0	0	-

**X**: novo tipo de enunciado; x: recorrência.

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE R – UNIDADES DE ANÁLISES

Tabela 15 – Unidade de análises suscitadas nas narrativas dos sujeitos participantes

Unidades de análises	Categorias de análise	Descrição
ET1- Ineficiência do Estado.	ESTADO	<p>Objecção quanto ao papel e o dever do Estado, do poder Executivo e dos gestores de saúde.            Responsabilização da gestão e distribuição dos recursos públicos.            Desenvolvimento, implantação, implementação e manutenção das políticas públicas.  <b>Art. 196.</b> <u>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 (BRASIL, 1988).</u></p>
ET2 – Gestão de recursos públicos.		
ET3- Políticas públicas ineficazes.		
ET1 – Saúde, um direito constitucional.	SAÚDE	<p>Reconhecimento da saúde como um direito essencial, indispensável, inquestionável e inviolável.            Valorização da vida humana com dignidade.            Efetuação da saúde como direito universal, integral e igualitário.  <b>Art. 196.</b> <u>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 (BRASIL, 1988).</u></p>
ET1- Judicialização como alternativa para efetivação do direito a saúde e acesso aos serviços de saúde.	SOCIEDADE CIVIL	<p>Conscientização e reivindicação do direito à saúde.            Segregação das classes socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde.            Delineamento do provável conflito de interesses entre as dimensões individuais e coletivas diante da judicialização da saúde.            Pertencimento no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas.</p>
ET2- Classe socioeconômica.		
ET3- Coletividade e individualidade.		
ET4- Mobilização e participação popular		

ET- Eixo temático

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO SOCIAL

**Pesquisador:** ANDRIELLY GOMES DE JESUS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 35035520.4.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.855.613

#### Apresentação do Projeto:

Em face a preocupação do aumento vertiginoso do número de demandas judiciais na área da Saúde Pública, fenômeno descrito como "judicialização da saúde", aliada a possibilidade de evocar a gestão social como estratégia no enfrentamento dessa problemática, o estudo pretende descrever e discutir as potencialidades e os desafios da gestão social na questão da judicialização. Assim, o pressuposto defendido por esse estudo é de que a gestão social constitui importante estratégia capaz de mitigar o fenômeno da judicialização da saúde no estado do Tocantins. Para tanto se pretende conhecer e discutir a percepção e expectativa dos magistrados, dos defensores públicos, dos gestores de saúde e dos acadêmicos do curso de direito do estado do Tocantins sobre a problemática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa, com o emprego do método de análise de conteúdo. Para a delimitação da amostragem da pesquisa, será aplicada a técnica de Amostra fechada por saturação teórica. A coleta de dados dar-se-á por meio de entrevista semiestruturada com magistrados e gestores da saúde e questionário com acadêmicos dos cursos de direito. O estudo além dos seus objetivos já mencionados pretende contribuir para a saúde da população Tocantinense, assim como para o sistema de saúde e judiciário do estado.

Hipótese:

1) A Gestão Social constitui importante estratégia capaz de mitigar o fenômeno da judicialização da saúde no estado do Tocantins. 2) Para que haja o decréscimo dos números de ações judiciais

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep\_ut@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.855613

referentes ao direito à saúde é primordial que se estabeleça periodicamente eventos (fóruns, conferências, debates, entre outros) que privilegiem a discussão sobre o tema envolvendo os principais atores sociais – sociedade civil, gestores de saúde e magistrados.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo Primário:

Analisar as possibilidades e desafios da gestão social frente à judicialização da saúde no estado do Tocantins.

##### Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos são identificar e discutir potencialidades e desafios da gestão social na questão da judicialização da saúde. Conhecer e discutir a percepção dos magistrados, dos defensores públicos, dos gestores de saúde e de acadêmicos do curso de direito sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Estado do Tocantins. Elaborar um panorama de percepções sobre o fenômeno da judicialização da saúde, segundo o posicionamento dos sujeitos da pesquisa.

##### Critério de Inclusão

Critério de inclusão para os magistrados: atuarem nas varas cíveis do estado do Tocantins  
Critério de inclusão para os defensores públicos: atuarem no estado do Tocantins  
Critério de inclusão para os gestores da saúde: atuarem como gestores de saúde nos cinco municípios mais populosos do estado do Tocantins (Palmas, Araguaína, Gurupi, Paraíso e Porto Nacional) e atuarem há mais de um ano no cargo ou função de gestor.  
Critério de inclusão para os acadêmicos do curso de direito: estarem devidamente matriculados e em curso no curso de direito numa Instituição de Ensino Superior no estado do Tocantins.

##### Crítérios de Exclusão:

Não serão considerados sujeitos da pesquisa magistrados que não atuam nas áreas cíveis no estado do Tocantins. Bem como gestores da saúde com cargo ou função de gestor num período inferior a um ano. Acadêmicos do curso de direito que apresentam-se com o curso temporariamente trancado, ou por não cursarem numa Instituição de Ensino Superior no estado do Tocantins, mesmo que residam no estado. E os defensores públicos que não atuam nas comarcas do estado do Tocantins, mesmo que por ventura, residam no estado. Ainda, quanto aos gestores de saúde a participação da pesquisa está condicionada a apresentação do termo de anuência, de modo que a não apresentação do mesmo os exclui automaticamente da pesquisa.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63) 3232-8023 E-mail: cep\_ut@uft.edu.br

Cotização do Parecer: 4.855.613

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possível invasão de privacidade, risco de constrangimento ao responder questões entendidas como sensíveis, vitimização, perda do autocontrole e integridade perturbada ao revelar pensamentos e sentimentos revelados, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, demanda de tempo empregado para entrevista, traumas ou situações desconfortáveis que a entrevista pode trazer à tona, e esquecimentos ou "brancos" que poderão suceder.

Benefícios: Aos sujeitos os benefícios estão relacionados a oportunidade de serem ouvidos, compartilhar anseios diários no enfrentamento dessa problemática (judicialização da saúde) bem como opiniões, sentimentos às vezes podem ser perturbadores por não serem discutidos ou divididos. Além do que compreender a percepção dos atores sociais envolvidos na temática da Judicialização da saúde contribuirá para propor estratégias baseada no diálogo para o enfrentamento dessa temática a fim de mitigar esse fenômeno.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto de pesquisa é vinculado ao Curso de Programa de Pós- Graduação em desenvolvimento Regional avaliado para qualificação ao título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os itens obrigatórios de acordo com a Norma Operacional 001/2013, item 3.4.

**Recomendações:**

- Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1554984.pdf	24/06/2021 18:58:37		Aceito

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
 Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
 UF: TO Município: PALMAS  
 Telefone: (63)3232-8023 E-mail: cep\_ut@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.855.613

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JUDICIALIZACAODASAUDEUV_01_02.pdf	24/06/2021 18:58:10	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Outros	CARTARESPPOSTAVERSAO_3.pdf	24/06/2021 18:54:22	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Outros	CARTAANUENCIAGURUPI.pdf	24/06/2021 18:39:43	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Outros	CARTAANUENCIADEFENSORIAPUBLICA.pdf	24/06/2021 18:39:19	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Outros	ANUENCIAARAGUAINA.jpg	24/06/2021 18:38:56	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Outros	ANUENCIA_TJTO.pdf	24/06/2021 18:38:20	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUDICIALIZACAO.pdf	24/06/2021 18:37:35	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/06/2020 16:17:12	ANDRIELLY GOMES DE JESUS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 19 de Julho de 2021

---

**Assinado por:**  
**PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3232-8023 E-mail: cep\_ut@uft.edu.br

## ANEXO B – TRÂMITES BUROCRÁTICOS DO CEP

Portal do Governo Brasileiro

principal
sair

Cadastros

Público
Pesquisador
Alterar Meus Dados
ANDRIELLY GOMES DE JESUS - Pesquisador | V3.2

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

---

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO SOCIAL  
**Pesquisador Responsável:** ANDRIELLY GOMES DE JESUS  
**Área Temática:**  
**Versão:** 3  
**CAAE:** 35035520 4 0000 5519  
**Submetido em:** 24/06/2021  
**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins  
**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1554984

**HISTÓRICO DE TRÂMITES**

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	19/07/2021 10:45:36	Parecer liberado	3	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	
PO	19/07/2021 10:25:16	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/06/2021 16:12:51	Parecer do relator emitido	3	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/06/2021 16:10:35	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/06/2021 10:27:49	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/06/2021 09:29:16	Indicação de Relatoria	3	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/06/2021 09:26:50	Aceitação do PP	3	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	24/06/2021 18:58:36	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	22/06/2021 11:17:30	Parecer liberado	2	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	
PO	22/06/2021 10:44:55	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	

Ocorrência 1 a 10 de 32 registro(s)

**HISTÓRICO DE TRÂMITES**

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	17/06/2021 20:06:10	Parecer do relator emitido	2	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	17/06/2021 20:03:57	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	11/02/2021 09:52:49	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	10/02/2021 11:35:26	Indicação de Relatoria	2	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	10/02/2021 11:34:22	Aceitação do PP	2	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	01/02/2021 15:14:41	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	12/01/2021 10:44:57	Rejeição do PP	2	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	DOCUMENTOS AUSENTES: AUTORIZAÇÃO da instituição onVer mais >>
PO	01/12/2020 14:14:21	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	01/11/2020 22:43:36	Parecer liberado	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	
PO	01/11/2020 22:43:05	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	

Ocorrência 11 a 20 de 32 registro(s)

- HISTÓRICO DE TRÂMITES							
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	26/10/2020 16:56:49	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	26/10/2020 16:31:37	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	25/08/2020 22:08:09	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	25/08/2020 22:06:32	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	25/08/2020 22:05:26	Recusa de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	13/08/2020 15:09:31	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	13/08/2020 15:08:21	Aceitação de Recusa de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	13/08/2020 15:06:59	Recusa de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	14/07/2020 17:54:30	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	14/07/2020 14:04:53	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
«« « Ocorrência 21 a 30 de 32 registro(s) » »»							
- HISTÓRICO DE TRÂMITES							
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	14/07/2020 14:04:31	Aceitação do PP	1	Coordenador	Fundação Universidade Federal do Tocantins	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	17/06/2020 07:18:02	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
«« « Ocorrência 31 a 32 de 32 registro(s) » »»							