



POLÍTICAS PÚBLICAS, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O PERÍODO PÓS-PANDEMIA

PUBLIC POLICIES, HEALTH JUDICIALIZATION AND THE POST- PANDEMIC PERIOD

<i>Recebido em:</i>	29/07/2020
<i>Aprovado em:</i>	18/11/2020

Homero Lamarão Neto¹

Eliana Maria de Souza Franco Teixeira²

Versalhes Enos Nunes Ferreira³

RESUMO

A pandemia pela COVID-19 fez com que as demais demandas da saúde, como as cirurgias eletivas, fossem adiadas, formando uma demanda reprimida de atendimentos. Tal contingenciamento deverá ser resolvido a partir do atendimento determinado pelos entes do

¹ Doutor em Direito - UFPA. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Professor Colaborador da Escola Judicial do Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Juiz de Direito (TJE/PA). Vice-Coordenador do Comitê Estadual de Saúde (Resolução CNJ 238/2016). E-mail: homerolamarao@neto@yahoo.com.br

² Doutora em Direito - Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora do Programa de Mestrado em Gestão Pública do NAEA-UFPA. Professora da Graduação da Faculdade de Direito do Instituto de Ciências Jurídicas da UFPA. E-mail: eliana.f.t@hotmail.com

³ Mestre em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Especialista em Direito do Trabalho pela Universidade da Amazônia (UNAMA). E-mail: vfenos@gmail.com



Poder Executivo, de acordo com suas responsabilidades. O não atendimento em tempo poderá levar à demanda judicial que, se supõe, será elevada. Assim, esta pesquisa pretende responder ao seguinte questionamento: caso o Poder Executivo não consiga debelar o volume de atendimento reprimido no período da pandemia pela COVID-19, que tipo de gestão, verificações e parâmetros deverão ser adotados pelo Poder Judiciário? A metodologia apresentará o caminho da resposta a partir da demonstração: da evolução da atuação judicial no âmbito das decisões acerca da saúde; do cenário de pandemia pela COVID-19 e da indicação de existência de demandas de saúde reprimidas; do mapeamento de processos como forma de gerir a situação pelo aspecto judicial; e dos passos a serem seguidos pela busca de uma melhor atuação judicial. O método utilizado foi o dedutivo, partindo da atuação geral do Poder Judiciário e se afinando para a preparação visando atuação nas questões de demandas represadas que se apresentem. Os resultados mostram a maturidade das decisões judiciais, a possibilidade de enfrentamento das demandas judiciais que surgirão considerando os aspectos administrativos e a construção do melhor Direito.

Palavras-chave: Pandemia; COVID-19; Poder Judiciário; Direito à saúde; Demandas reprimidas.

ABSTRACT

The pandemic by COVID-19 caused other health demands, such as elective surgeries, to be postponed, forming a repressed demand for care. Such contingency must be resolved based on the service determined by the entities of the Executive Branch, according to their responsibilities. Failure to respond in time may lead to judicial demand, which, is expected, to be high. Thus, this research intends to answer the following question: if the Executive Branch is unable to overcome the volume of assistance repressed during the pandemic period by COVID-19, what type of management, verifications and parameters should be adopted by



the Judiciary? The methodology will present the path of the answer based on the demonstration: the evolution of judicial action in the context of decisions about health; the pandemic scenario by COVID-19 and the indication of repressed health demands; mapping processes as a way to manage the situation from the judicial perspective; and the steps to be followed in the search for better judicial performance. The method used was deductive, starting from the general action of the Judiciary Branch and tapering to the preparation aiming at acting on the issues of dammed demands that present themselves. The results show the maturity of the judicial decisions, the possibility of facing the judicial demands that will arise considering the administrative aspects and the construction of the best Law.

Keywords: Pandemic; COVID-19; Judicial power; Right to health; Repressed demands.

1. Introdução

A Seguridade Social é um sistema que vem sendo discutido pela sociedade, especialmente pelas Reformas constitucionais recentes, porém, sobretudo, pelo enfrentamento da pandemia pela SARS CoV-2 (COVID-19), a qual vem testando a permanência dos Estados e da própria sociedade, ao exigir uma mudança na forma de agir, de trabalhar, de relacionamento de olhar sobre a vida humana, pois esta pode acabar não por uma guerra, mas pela disseminação de um agente patológico com significativa taxa de letalidade.

Nesse aspecto, um dos elementos do tripé da Seguridade Social, especificamente a saúde, foi objeto de atenção para demonstrar o quanto é importante a manutenção de uma saúde pública. De outro modo, demonstrou a necessidade de ampliar os investimentos nas políticas públicas de saúde para combate e controle de processos pandêmicos futuros e para dar conta das demais demandas que são importantes, como o atendimento de pessoas enfermas pela COVID-19.



Na linha de que o sistema de saúde não conseguiu dar conta de tudo em todos os lugares em que a pandemia se instalou, sabe-se que há uma busca reprimida de atendimentos que será objeto de demandas judiciais. Assim, caso o Poder Executivo não consiga debelar o volume de atendimento reprimido no período da pandemia pela COVID-19, que tipo de gestão, verificações e parâmetros deverão ser adotados pelo Poder Judiciário?

Para responder a este questionamento, a metodologia utilizada buscará analisar a evolução das decisões paradigmáticas tomadas pelo Poder Judiciário, a fim de demonstrar que existe uma crescente de decisões reconhecendo a legitimidade do Poder Judiciário para atuação neste contexto, bem como, o reconhecimento de que os conhecimentos jurídicos não são suficientes para a adoção de parâmetros decisoriais, além de identificar uma forma de gerir os processos já existentes e que podem servir para o isolamento de demandas desta natureza, a fim de tornar o deslinde das ações judiciais mais céleres, respeitando os limites de conhecimento, e mais justas. Depois, será demonstrado o desenvolvimento da pandemia pela COVID-19 e de que modo esta contribuiu para a formação da massa de atendimentos reprimida. Em seguida, serão demonstradas a criação de um processo de isolamento e identificação de ações judiciais sobre saúde. Por fim, serão indicadas algumas etapas de atividades (procedimentos de gestão) que devem ser tomados para balizar a forma de gestão dos processos judiciais referentes às demandas de saúde reprimidas no período da pandemia.

O método de pesquisa utilizado será o dedutivo, partindo da atuação do Poder Judiciário frente às demandas de saúde, depois para as possíveis demandas represadas e posteriormente para indicação de soluções de gestão e de entendimento da melhor forma de gerir a crise pós-pandêmica. O enfrentamento das demandas de saúde é de responsabilidade de todos e o Poder Judiciário vem se destacando, por isso deve se manter na dianteira para continuar o seu melhor servir social de modo justo e eficaz.



2. A organização do Poder Judiciário brasileiro para o enfrentamento da judicialização da saúde

A judicialização da saúde pública, caracterizada pela apresentação de demandas em que se pretende, coercitivamente, impor aos entes federativos e/ou suas autarquias e fundações a dispensação de determinadas tecnologias, como medicamentos, insumos, órteses e próteses, tratamentos e cirurgias, revela-se como um tema de amplo debate, quer na seara acadêmica quer na esfera das Cortes de Justiça, inclusive com a fixação de precedentes vinculantes que norteiam e orientam os julgamentos proferidos pelo Poder Judiciário sob a ótica de pleitos por medicamentos de alto custo, de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e sob a tônica da responsabilidade solidária dos entes federativos na concretização das prestações do Sistema Único de Saúde (SUS).

O comportamento do Poder Judiciário brasileiro a respeito desse tema variou bastante desde os registros exponenciais no âmbito da Suprema Corte, inclinando-se o Supremo Tribunal Federal (STF), inicialmente, a reconhecer o direito à saúde como um direito público e subjetivo, frisando-se que a garantia de determinadas prestações dele advindas deveriam ser atendidas pela Administração Pública, sem um maior aprofundamento sobre questões de ordem técnica a respeito da eficácia (no sentido de evidências científicas) de determinados medicamentos ou mesmo acerca da verificação de oferta de medicamentos com resultados similares no âmbito das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

Assim, até o ano de 2009, as decisões proferidas pelo STF em torno da judicialização da saúde pública guardavam estreita ligação com a visualização do direito à saúde como um direito público e subjetivo, sem maiores análises acerca de discussões técnicas, como a medicina baseada em evidências científicas, como podemos observar do paradigmático



agravo regimental em Recurso Extraordinário nº 271.286/RS. A matéria debatida nesse julgamento se reporta ainda a um posicionamento de amadurecimento do processo de judicialização da saúde, envolvendo discussão sobre a dispensação de medicamentos não integrantes dos protocolos do SUS a paciente com HIV.

Desse julgado, podem ser destacados o posicionamento firme do STF em torno da regra constitucional de solidariedade dos entes federativos em relação ao cumprimento das disposições do Sistema Único de Saúde, confirmando-se que todos os entes federativos, União, Estados e Municípios, podem ser demandados para dispensação gratuita de fármacos.

Apenas em 2009, durante o julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada 175-CE, pode ser observada uma mudança radical no posicionamento da Suprema Corte. Deve ser destacado que esse julgamento foi precedido da realização de audiências públicas nos meses de abril e maio do ano de 2009, com a ampla manifestação de profissionais de saúde, gestores do sistema de saúde e profissionais do Direito, discutindo todas as nuances, técnicas e jurídicas, que envolviam o litígio e as características de nosso sistema público de saúde.

Não por outra razão, a Suspensão de Tutela Antecipada 175-CE pode e deve ser considerada um *leading case* na matéria. Seu caráter exponencial não se resume à mudança de perspectiva através da adoção de novos critérios para a tomada da decisão judicial, mas sobejamente por proporcionar o engajamento do Poder Judiciário na construção de uma política pública de abrangência nacional, com o intuito de remodelar a identificação das ações de saúde, seu monitoramento e a organização de estratégias para otimizar o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde.

A partir dessa visão ampliadora em torno do debate científico e do diálogo interinstitucional, como também levando em consideração os resultados da audiência pública nº 4, realizada pelo STF para subsidiar a decisão em sede de recurso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constituiu um grupo de trabalho para elaboração de relatório e diretrizes acerca de como o Poder Judiciário deveria se posicionar perante o fenômeno da



judicialização da saúde. Os trabalhos do grupo culminaram com a aprovação da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, pelo Plenário do CNJ, que traça diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. Em 06 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução nº 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde.

Atualmente, o enfrentamento da judicialização da saúde pelo Poder Judiciário brasileiro é balizado pela Resolução nº 238/2016, através da qual foram remodelados os comitês estaduais de saúde, atuantes em cada unidade federativa

A compreensão de uma mudança de comportamento nesses julgados, sobejamente pelo STF exige, entretanto, que se compreenda a magnitude da mudança provocada pelo legislador constituinte em 1988, alterando o sistema de saúde brasileiro para um modelo de seguridade em que foram assegurados os pilares da universalidade e do acesso igualitário.

Nesse contexto, Paim (2009, p. 18-19) indica que os sistemas de saúde seguem o tipo de proteção social adotado pelos países, destacando-se três tipos em todo o mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência, ressaltando que cada sociedade organizará seu sistema de saúde tendo como norte suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais.

Entrementes, os sistemas de saúde considerados universais seriam os destinados para toda a população, aí incluídos os modelos da seguridade social e do seguro social. Enquanto o primeiro, o da seguridade social, tem o acesso pautado na condição de cidadania, custeado pela sociedade em geral através de seu modelo tributário, no segundo, o do seguro social, somente o indivíduo que contribui com a previdência social terá acesso aos serviços de saúde, ainda assim, possibilitando aos que possuem condições financeiras, o acesso à assistência médica pela via de alguma contraprestação pecuniária.



Um fato importante que deve ser destacado sobre a origem de nosso sistema único de saúde reside na ideia de que seu advento na Constituição Republicana de 1988 não ocorreu exclusivamente por debates travados na Assembleia Nacional Constituinte, decorrendo de um amplo, lento e progressivo processo de reconhecimento desse sistema (SUS) sob um duplo aspecto: o combate à pobreza e a desigualdade social. Nas precisas palavras de Ocké-Reis (2012, p. 21), o SUS superaria o limite de cobertura anterior pautado pelo seguro social e o modelo privatista do regime militar no setor de saúde.

Pretende-se aqui esclarecer um ponto: tudo que antecede à Constituição Republicana de 1988 em matéria de saúde pública, diz respeito à manutenção de um sistema de seguro social, no qual apenas os indivíduos que contribuía para caixas de previdência social⁴, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (então consolidado como órgão catalisador dessas caixas de previdência⁵), teriam acesso às ações e serviços de saúde. À população carente, apenas os serviços excepcionais de filantropia eram “garantidos”.

Migrou-se, portanto, de uma tônica de sistema de ações e serviços de saúde para poucos até a contemplação da universalidade do SUS para qualquer cidadão, tendo ou não contribuído para esse sistema mediante contribuições à previdência social ou através de contraprestações diretas pelos serviços. O SUS simbolizou um compromisso do Estado para com o bem-estar social, formulando-se um modelo de saúde voltado para as necessidades da população como um todo, não para uma clientela específica, nem para um grupo em especial ou para uma classe, o intento era alcançar a coletividade, beneficiar cada pessoa, consolidando a saúde como um direito da cidadania, um bem indisponível, inviolável.

A árdua tarefa atribuída à Administração Pública em manter um sistema de saúde pautado na tônica da universalidade e do acesso igualitário revelou, com a construção do

⁴ Para os trabalhadores urbanos, com vínculo formal de trabalho, portanto.

⁵ Segundo Paim (2009), com exceção do IPASE (Instituto de Previdência e Assistência de Servidores do Estado), todos os institutos de previdência foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).



Sistema Único de Saúde e concretização de suas ações e serviços, um oceano de dificuldades, principalmente nas regiões de menor desenvolvimento social e econômico.

Paralelamente, o crescimento de demandas envolvendo a concretização do direito à saúde encontrou nas próprias decisões do Supremo Tribunal Federal um nicho adequado que fomentou esse cenário, em razão de adotar uma Teoria de Decisão Judicial que prestigiou excessivamente a atomização das demandas, sem atentar ao caráter de execução das ações e serviços através de políticas públicas que deveriam ser garantidas a todos.

De outro lado, apenas em 2020 o STF firmou entendimento mais incisivo e contundente, através de precedente vinculante, consolidando a semente plantada a partir do julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada 175-CE, com o fito de exigir que, nas demandas onde houver pedido de dispensação de medicamentos que ainda não tenham sido incorporados pelas políticas públicas do SUS, o autor demonstre as evidências científicas do medicamento pretendido e a ineficácia (ou inexistência) dos medicamentos então dispensados pelo SUS, conforme assentado no Tema 06, proveniente do julgamento do Recurso Extraordinário 566.471.

Paralelamente à fixação de precedentes pelo STF em matéria de saúde pública, destacando-se os três grandes julgados nos anos de 2019 e 2020 (Temas 06, 500 e 793), deve ser ressaltada a criação de enunciados de orientação firmados em Jornadas de Saúde, promovidas pelo Conselho Nacional de Justiça nos anos de 2014, 2015 e 2019, com o intuito de subsidiar os magistrados com competência em matéria de saúde pública à adoção de critérios mais técnicos a partir da tônica sanitária e da própria gestão do SUS.

Portanto, a evolução do Poder Judiciário no âmbito da judicialização da saúde é inquestionável. Esse cenário foi, notoriamente, propiciado a partir da adoção de um modelo de gestão com ênfase em resultados a partir do gerenciamento de dados estatísticos, de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Justiça. Seguramente, os Comitês Estaduais



foram protagonistas desse cenário evolutivo a partir da atuação pautada no diálogo interinstitucional com todos os atores responsáveis pela execução de políticas públicas.

A questão que exsurge, na atualidade, é a grave crise sanitária que atravessa o Brasil, desencadeada pela pandemia da COVID-19, em que políticas de contenção de despesas ou de austeridade econômica perdem sua dimensão valorativa e prática, exigindo-se uma nova postura dos administradores em suas decisões, concernente na realização dos investimentos necessários para a salvaguarda do bem jurídico primordial de todos os seres humanos, qual seja, a vida. Neste ínterim, compreender esta conjuntura é relevante, na medida em que a necessária priorização do tratamento dos acometidos pela doença, repercutirá no represamento de outras demandas de saúde que, caso não sejam satisfeitas, desembocarão no Poder Judiciário que, deverá ofertar respostas visando salvaguardar a saúde dos indivíduos.

3. A pandemia pela COVID-19 e seus desdobramentos para o sistema público de saúde

Em dezembro de 2019, na cidade de *Wuhan*, na China, a humanidade tomou conhecimento da existência de um inimigo invisível a olho nu, com uma taxa de transmissibilidade e letalidade significativas, o vírus SARS-CoV-2, designado como novo coronavírus e causador da patologia que ficou conhecida como COVID-19. Esse agente patogênico é capaz de produzir infecções respiratórias que podem evoluir para um quadro agudo grave com pneumonia e levar a óbito o paciente.

A enfermidade se espalhou, muito rapidamente, para diversas regiões do mundo, acarretando diferentes impactos, a depender das medidas de enfrentamento adotadas e da organização dos sistemas de saúde público e privado do local, seja com a formulação e aplicação de política de testagem ampla, criação de fluxos específicos, mobilização de força de trabalho especializada, disponibilização de insumos como fármacos, máscaras, luvas,



ventiladores mecânicos e, até mesmo, a construção de hospitais de campanha e ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Apesar da robustez do sistema de saúde de algumas nações, que conseguiram, mais rapidamente, controlar a disseminação, é fato que o número de casos e mortes cresceu exponencialmente⁶.

Por conta disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. E, em 11 de março de 2020, devido ao elevado nível de propagação, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia (OPAS, 2020).

Consoante a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020), os coronavírus são a segunda principal causa do resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves do que um resfriado comum em humanos. Há sete coronavírus humanos (HCOVS) conhecidos, entre eles, o SARS-CoV (síndrome respiratória aguda grave), o MERS-CoV (síndrome respiratória do Oriente Médio) e o SARS-CoV-2.

Atualmente, segundo afirma a OPAS (2020), a transmissão ocorre, principalmente, de pessoa a pessoa. Os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas, geralmente, são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves.

⁶ Em 29 de julho de 2020, o número total de pessoas infectadas pela COVID-19 alcançou 16.849,365 (Dezesseis milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, trezentos e sessenta e cinco), sendo que, os casos fatais, no mundo, chegaram a 662.648 (Seiscentos e sessenta e dois mil, seiscentos e quarenta e oito) (UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS, 2020).



A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas pode ficar gravemente doente e desenvolver dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. Porém, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente. Indivíduos de todas as idades que apresentam febre e/ou tosse associada a dificuldade de respirar/falta de ar, dor/pressão no peito ou perda da fala ou movimento devem procurar atendimento médico imediatamente. Os sintomas podem aparecer entre 1 e 14 dias após a exposição ao vírus (OPAS, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde, mediante Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, declarou estado de transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional, significando que não é mais possível identificar a origem da contaminação de uma pessoa em um determinado lugar. Por conta do avanço da propagação, inúmeros instrumentos normativos foram editados pelo Governo Federal⁷, entre Portarias, Resoluções, Instruções Normativas, Medidas Provisórias, Decretos e a Lei nº 13.979/2020.

O Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, publicado no Diário Oficial da União do mesmo dia, Edição extra C, reconheceu a ocorrência do Estado de Calamidade Pública em território nacional, nos termos da solicitação do Presidente da República (Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020), previsto para durar até 31 de dezembro de 2020.

O reconhecimento do Estado de Calamidade Pública permite que o Poder Executivo tenha uma maior flexibilidade para o manejo das verbas públicas, ou seja, permite que o gestor gaste mais dinheiro do que o que foi originariamente previsto no orçamento, para custear as ações destinadas ao combate da pandemia, objetivando resguardar o Estado e seus cidadãos. A Lei de Responsabilidade Fiscal prevê essa condição temporária, que suspende

⁷ Para acessar toda a legislação federal referente à COVID-19: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-covid-19>



prazos para ajuste das despesas de pessoal e dos limites do endividamento; para cumprimento das metas fiscais; e para adoção dos limites de empenho (contingenciamento) das despesas.

Nesta conjuntura legislativa, merece destaque a edição da Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, publicada no Diário Oficial da União de 07/02/2020, que elencou procedimentos para enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do coronavírus. A decretação dessas medidas governamentais, viabilizando, por exemplo, o isolamento social, a quarentena e o *lockdown*, são formas de conter a propagação do vírus pelo território brasileiro, cabendo a todos os entes da Federação essa responsabilidade, objetivando, precipuamente, salvaguardar a saúde e a vida dos cidadãos⁸.

Outrossim, o avanço rápido do processo de contaminação comunitária impõe ao Poder Público a adoção de medidas de socorro aos enfermos e de contenção da proliferação do vírus, na medida em que a pandemia da COVID-19 se apresenta como um dos maiores desafios sanitários já enfrentados pelo ser humano em toda sua existência. A OMS, diz Gayer (2020), continua a defender que, a estratégia do isolamento social ainda é o mecanismo mais eficaz para conter a disseminação da doença, porém, não deve ser a única. A restrição social, por si só, não afastará o perigo de contaminação, principalmente porque atividades e serviços essenciais continuarão a funcionar, sendo imprescindível ações agressivas dos Estados, posto

⁸ Dentro da ADI nº 6343, o Plenário do STF, em 06 de maio de 2020, concluiu julgamento fixando entendimento de que Estados e Municípios, no âmbito de suas competências e em seu território, podem adotar, respectivamente, medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local durante o estado de emergência decorrente da pandemia do novo coronavírus, sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde para a decretação de isolamento, quarentena e outras providências. Outrossim, a União também tem competência para a decretação das mesmas medidas, no âmbito de suas atribuições, quando houver interesse nacional. Ademais, a Corte decidiu que a adoção de medidas restritivas relativas à locomoção e ao transporte, por qualquer dos entes federativos, deve estar embasada em recomendação técnica fundamentada de órgãos da vigilância sanitária e tem de preservar o transporte de produtos e serviços essenciais, assim definidos nos decretos da autoridade federativa competente.



que inexistem medicamentos com eficácia comprovada para o tratamento da enfermidade, tampouco, vacinas.

Werneck & Carvalho (2020) acentuam que o insuficiente conhecimento científico sobre o COVID-19, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, a questão é ainda mais grave, considerando o contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração, tudo isso converge para que o desafio seja ainda maior.

O Estado brasileiro, diante do quadro da crise sanitária, optou pela adoção de políticas como o uso maciço de máscaras faciais, distanciamento social (este, marcado por uma forte descentralização, na medida em que cada Estado e Município adotaram regras próprias, no tempo e momento que entenderam convenientes, inexistindo diretivas gerais ou centrais) (MORAES, 2020) e até restrições mais severas de locomoção e funcionamento de estabelecimentos e serviços como o *Lockdown*. Além disso, considerando a transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, ganhou espaço a necessidade da incorporação da telemedicina na rotina dos cuidados à saúde.

A prática médica, utilizando-se de tecnologias de comunicação e informação, pode gerar diagnósticos e tratamentos mais rápidos, sem a exposição do paciente ao meio ambiente clínico e/ou hospitalar, colaborando para um aumento da eficiência dos cuidados. Com esse intento, a Portaria nº 467, do Ministério da Saúde, de 20/03/2020, dispôs, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, objetivando reduzir a propagação do COVID-19 e proteger as pessoas. Em 16 de abril de 2020 foi publicada a Lei nº 13.989, a qual dispôs sobre o uso excepcional e temporário desse recurso apenas durante a crise causada pelo coronavírus.



Em um contexto excepcional de pandemia, a telemedicina se tornou uma necessidade pública, porque o atendimento médico à distância contribui de forma singular para a realização da assistência médica aos pacientes, cujo quadro de saúde permita a sua avaliação remota sem expor os profissionais da saúde, familiares e pessoas próximas ao doente e a sociedade em geral ao incremento do risco de contágio pela maior circulação de pessoas infectadas.

Neste insólito momento, urge a proposição e elaboração de políticas públicas que venham a contemplar os aspectos sociais e econômicos afetados pela pandemia. Não se olvida o caráter imprescindível de suspensão das aulas em escolas e universidades, fechamento do comércio não essencial, proibição de eventos em massa (como missas, cultos, shows), distanciamento e isolamento sociais, limitação de fluxo em aeroportos e terminais. Contudo, também é indispensável conjugar práticas que valorizem a saúde pública, considerando, em particular, o aprofundamento de questões de vulnerabilidade social da população face ao momento da crise sanitária, decorrente dos impactos no mercado de trabalho, em especial a perda de postos de trabalho pelo fechamento de empreendimentos econômicos, e de um natural represamento de demandas que irão desaguar no Judiciário.

Ora, é fato que quando a curva de contaminação cessar, os cidadãos voltarão à normalidade, e, precisarão fazer seus tratamentos, cirurgias, consultas, exames, e isso pode vir a gerar sensível aumento na judicialização. O SUS enfrenta, já há algum tempo, insuficiência orçamentária, e essa problemática advém de uma constante falta de recursos, aliado a gestões ineficientes e desvios decorrentes da corrupção, fatores que contribuem para que o cidadão não usufrua de um serviço satisfatório. A adoção de mecanismos como a



Desvinculação de Receitas da União⁹ e o Novo Regime Fiscal¹⁰, concorrem para essa insuficiência orçamentária.

A pandemia da COVID-19 expôs as fragilidades do sistema público de saúde. Para se ter ideia, segundo Santana (2020), do Instituto Butantan, antes do surto do novo coronavírus, a OMS recomendava como suficiente a existência de 10 (dez) a 30 (trinta) leitos de UTI para cada 100 mil habitantes; no Brasil, o sistema privado contava com 35 (trinta e cinco) leitos (UTI) para cada 100 mil habitantes, enquanto o SUS possuía apenas 7 leitos (UTI) por 100 mil habitantes. Ademais, dos 460 mil leitos existentes no país, 50 mil eram de UTI, à época. Metade destes leitos de UTI estavam na rede privada, disponíveis para os 25% da população que pagam planos de saúde.

Guimarães (2020), da FIOCRUZ, referindo-se a dados obtidos em fevereiro de 2020, revela que apenas 421 (quatrocentos e vinte e um) dos mais de 5.570 mil municípios

⁹ A DRU é um mecanismo que permite ao governo federal usar, livremente, 30% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Na prática, o mecanismo permite que o governo aplique os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública. Por conta da Emenda Constitucional 93/2016, a DRU foi prorrogada até 2023, permitindo que a União utilize, livremente, parte de sua arrecadação, ampliando seu percentual dos antigos 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais federais. Em termos simplórios, uma parte das parcelas vinculadas a uma aplicação específica, vem sendo desviada para outras finalidades, e isso vem ocorrendo no Brasil desde 1994, ou seja, há 26 (vinte e seis) anos a aplicação integral das vinculações inicialmente estipuladas não vêm sendo obedecidas, e isso com o beneplácito do Congresso Nacional, do Ministério Público e do Poder Judiciário. Só para deixar a situação em perspectiva, Scaff (2007) aduz que se a União deveria destinar 18% de sua receita de impostos para a educação (artigo 212, CRFB/88), o percentual a ser, efetivamente, destinado será de 12,6%, em face da DRU.

¹⁰ A Emenda Constitucional 95 foi promulgada em 15/12/2016, instituindo o Novo Regime Fiscal, acrescentando 09 artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (artigos 106 a 114), tendo como propósitos superar a crise econômico-financeira do país iniciada em 2014, buscar o retorno do crescimento e alcançar o equilíbrio fiscal. O mecanismo para atingir esses objetivos foi limitar os investimentos públicos pelos próximos 20 anos (artigo 106, ADCT), intentando que as despesas não tenham aumento real, apenas reposição pela inflação do ano anterior (IPCA). Para a saúde pública, sua aplicabilidade iniciou em 2018, quando passou a não ter aumentos reais em seus investimentos, apenas reajustes inflacionários (artigo 110). Na prática, instituiu um congelamento, uma nova sistemática de financiamento, trazendo regra de crescimento real nulo para os gastos primários com este setor (SARLET, 2019), impactando na aquisição de novas tecnologias e na contratação de profissionais, questões essenciais à efetiva realização deste direito fundamental.



brasileiros contavam com a estrutura necessária para atender pacientes graves em meio à pandemia. E mais, a maior parte deles está localizada nas capitais e regiões metropolitanas. Em outros termos, é como se apenas 8% dos municípios possuíssem leitos de UTI em suas localidades disponíveis aos cidadãos.

Em acréscimo, se existe deficiência na quantidade de leito de tratamento intensivo, é preciso não esquecer que as pessoas podem necessitar de leitos em decorrência de infartos, para o tratamento de câncer, cirurgias de emergências, enfim, todos que precisam de UTI somam-se ao número crescente de pacientes graves da COVID-19. Evidentemente, em decorrência da prioridade para os casos do novo coronavírus, notadamente por sua letalidade, e o forçoso isolamento social, muitas demandas por saúde ficaram reprimidas e, em dado momento, essas pessoas buscarão o SUS e, em caso de não conseguirem o que buscam, recorrerão ao Judiciário.

Os desafios para a efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil são notórios, e, apesar das dificuldades enfrentadas durante a crise sanitária, novas demandas irão chegar ao sistema público, e mesmo com sua robustez, problemas aparecerão e os indivíduos recorrerão ao sistema de justiça que, deve estar preparado para lidar com esses litígios, observando os precedentes vinculantes prolatados pelo Supremo Tribunal Federal (Recursos Extraordinários 855.178 (tema 793), 657.718 (tema 500) e 566.471 (tema 06)), bem como, adotando estratégias inteligíveis e factíveis para conhecer, processar e julgar as ações que, certamente, desaguarão no Judiciário e exigirão respostas que estejam, acima de tudo, em consonância com o fundamento central de nossa República, qual seja, a dignidade humana.

4. Gestão estratégica da judicialização da saúde para o período pós-pandemia



A adoção de um modelo excepcional e temporário de políticas públicas, verificada no contexto da pandemia por COVID-19, em que diversas prestações, ações e serviços diretos de saúde foram suspensos, como no caso da realização de cirurgias eletivas, tem como fator inexorável a perspectiva de represamento de demandas, atentando-se ao fato de que, nas unidades federativas em que já se registrava alguma deficiência, dificuldade ou atraso na prestação desses serviços, deve ser idealizado um modelo de gestão rigoroso para evitar o colapso do sistema.

Essa questão parece assumir caráter mais incisivo nas unidades com menor disponibilidade de leitos por habitantes, recordando-se que a Organização Mundial de Saúde possui recomendação de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. O contexto brasileiro, no entanto, é desalentador, conforme levantamento dessa disponibilidade nos 5.570 municípios brasileiros, observando-se que apenas 10% desses municípios atenderiam a recomendação de, pelo menos, 1 leito de UTI para cada 10 mil habitantes. Se forem agregados à contagem os leitos de UTI oferecidos pela saúde suplementar, esse número subiria para 12,6% de municípios atendendo à recomendação (PITTA, 2020).

Para além dessa insuficiência no campo da disponibilidade de leitos de UTI, deve ser levado em consideração que 70% da população brasileira não possui cobertura de saúde suplementar, dependendo exclusivamente do SUS, segundo dados do Ministério da Saúde, demonstrando-se a hercúlea tarefa de nosso sistema de saúde no campo de garantir um direito fundamental, pautado pelo funcionamento de políticas públicas que atendem ao critério da universalidade, convivendo com um regime de subfinanciamento e submetido ao congelamento de novos investimentos desde a EC nº 95/2016 (VERSALHES, 2020).

Outro fator de extrema importância na aferição das políticas públicas é a desigual distribuição de leitos de UTI no país, conforme estudo realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, verificando-se que a região sudeste apresenta 2,7 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, seguida da região centro oeste, com 2,5 leitos de UTI para cada 10 mil



habitantes. Em terceiro lugar, a região sul, com 2,2 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, seguida da região nordeste, com 1,5 leito de UTI para cada 10 mil habitantes e, por último, a região norte, com 0,9 leito de UTI para cada 10 mil habitantes. Esses números são a aglutinação de leitos públicos e privados, caindo bastante quando são apenas considerados os leitos públicos.

A apresentação desses dados revela a difícil tarefa de restabelecimento da “normalidade” no atendimento do Sistema Único de Saúde. Esse quadro também revela as dificuldades que os gestores de saúde enfrentarão para dar vazão à demanda represada no âmbito de cirurgias, ocasionando o plausível aumento dos números da judicialização da saúde e a necessidade de planejamento e organização do Poder Judiciário e dos Comitês Estaduais de Saúde em torno de políticas públicas sólidas que possam nortear a atuação jurisdicional para racionalização da atividade jurisdicional.

Em relação aos Comitês Estaduais de Saúde deve ser ressaltada suas funções de coordenar e executar as ações de natureza específica consideradas relevantes, no âmbito do enfrentamento da judicialização da saúde.

Compostos de forma plural, com membros do Poder Judiciário Estadual e Federal, representantes do Ministério Público Estadual e Federal, membros da Defensoria Pública Estadual e da União, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Procuradorias Estaduais e Municipais, Advocacia Geral da União e representantes de planos de saúde, os comitês deliberaram não apenas sobre casos propostos envolvendo novos conflitos em matéria de saúde, como também atuando na composição de ações já ajuizadas (LAMARÃO NETO E BRITO FILHO, 2016).

A disparidade dos dados relativos a leitos revela também que as regiões brasileiras podem apresentar números diversos em relação à judicialização da saúde, especificamente em relação à pretensão das ações, que podem envolver desde a mais simples dispensação de medicamentos já garantidos em políticas públicas do Sistema Único de Saúde, como na



Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), eventualmente verificada em situações de desabastecimento, complicações administrativas em relação a procedimentos licitatórios ou mesmo na insuficiência de gestão, como a demanda por medicamentos de alto custo, ou para a realização de determinados procedimentos e tratamentos.

A leitura precisa sobre a natureza das demandas que congregam a judicialização da saúde é feita através dos códigos inseridos nas Tabelas Processuais Unificadas, elemento criado pelo Conselho Nacional de Justiça para identificar, por exemplo, as classes e assuntos das ações judiciais. É através da leitura desses códigos que o Conselho Nacional de Justiça elabora o relatório anual “Justiça em números”, que reflete um diagnóstico de todas as ações em tramitação no território nacional.

Naturalmente, a idealização e construção de políticas públicas que tenham o escopo de enfrentar o fenômeno da judicialização da saúde, especialmente em relação ao planejamento de ações concentradas para um momento com a perspectiva de plausível incremento no número de demandas, exige conhecimento prévio sobre a realidade das circunstâncias peculiares que envolvem cada região do país e, mais especificamente, os dados dos estados da federação, pois cada unidade federativa poderá apresentar dados maiores sobre pleitos de medicamentos, insumos, tratamentos ou cirurgias.

O Tribunal de Justiça do Estado do Pará, por exemplo, criou um mecanismo de gestão a partir de dados existentes em cada unidade judicial (LAMARÃO NETO, 2019). Assim, o mapeamento das ações de saúde se concretizou em um sistema similar ao georreferenciamento, utilizando-se para permitir melhor visualização dos dados o sistema *Power BI*, da *Microsoft*, com acesso livre a qualquer usuário, a fim de manter a perspectiva de transparência na informação e facilitação no acompanhamento dos dados pela sociedade.

O sistema disponibiliza os dados da judicialização a partir do ano de 2016, podendo, naturalmente, ser consultado por ano isoladamente (2016, 2017, 2018, 2019 ou 2020) ou no conjunto do acervo ativo do Poder Judiciário. A catalogação dos dados ocorre a partir da



indicação de determinados códigos, justamente os códigos oriundos das “Tabelas Processuais Unificadas” (TPU) criadas pelo CNJ para o registro das ações de saúde.

O modelo avançado de leitura dos dados permite o planejamento estratégico e, certamente, facilita a adoção de modelo de gestão de resultados, devendo ser levado em consideração que os Comitês Estaduais de Saúde, criados em cada unidade da federação a partir da Resolução nº 238/2016 do Conselho Nacional de Justiça, podem e devem agir, também no campo pré-processual, evitando-se a judicialização desnecessária, sobejamente nas matérias em que as políticas públicas do SUS já garantem a pretensão do jurisdicionado.

Se um modelo de gestão requer o conhecimento prévio dos dados, o modelo utilizado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará é um parâmetro adequado para levantamento e conhecimento da natureza das ações, do tempo médio de duração do processo e da peculiaridade local em relação à estrutura e demanda relativa à judicialização da saúde, dados que permitem um planejamento mais sólido e apto a produzir resultados sociais mais vantajosos, na medida em que se alcança um resultado mais amplo (a política pública para todos) e não apenas a mera atomização do processo individual (jurisdicionado x poder público)¹¹.

Embora seja inquestionável que cada unidade federativa guarde as peculiaridades locais em relação à judicialização da saúde, como frisado, resultando na perspectiva de se criar modelos de gestão a partir de uma determinada realidade, o Conselho Nacional de Justiça, pelo viés que lhe foi conferido pela Constituição Federal de 1988, deve perseguir uma política homogênea de mapeamento de dados, com o intuito de permitir a real leitura das

¹¹ A verificação de que muitas demandas são centralizadas em prestações já garantidas em políticas públicas, porém não adimplidas pelo Poder Público pode e deve impulsionar a provocação dos Comitês Estaduais de Saúde, a fim de que a correção de um problema possa alcançar resultados ampliados e não apenas setorizados entre autor e réu, como, por exemplo, a falha constante na realização de procedimentos de cateterismo. Embora o procedimento de hemodinâmica seja garantido a todos nas políticas públicas do SUS, um município pode apresentar deficiência na realização do referido procedimento e ser alvo de centenas de ações individualizadas. Essa prestação, entretanto, se não for reajustada através do diálogo interinstitucional no âmbito dos Comitês, poderia ser corrigida através da tutela coletiva, com resultados, portanto, mais amplos.



necessidades dos Tribunais de Justiça, propiciando um enfrentamento adequado às circunstâncias verificadas.

Podem ser citados como modelos de gestão na judicialização da saúde a utilização de mapeamentos de ações, os debates nos Comitês Estaduais de Saúde sobre a adoção de mecanismos de transparências nas listas de espera para realização de procedimentos e cirurgias e a atuação pré-processual dos Comitês Estaduais de Saúde com o intuito de produzir maior impacto na conciliação, principalmente em relação às demandas represadas em decorrência da pandemia por COVID-19, frisando-se que deve ser sempre enaltecido o foco na prevenção de novas demandas, na medida em que muitos conflitos se originam não a partir de uma resistência de pretensão, mas por força de desajustes no funcionamento do sistema.

Em suma, a idealização, discussão e execução de qualquer política pública implica rigorosa fixação de objetivos vinculada a padrões de comportamento, guardadas, naturalmente, as peculiaridades de cada unidade federativa brasileira. Em relação à judicialização da saúde, sobejamente para o período pós pandemia, o diálogo interinstitucional e a articulação de condutas entre o Poder Judiciário e os gestores de saúde, por intermédio dos Comitês Estaduais de Saúde, será salutar para permitir a redução do número de demandas, a diminuição do surgimento de novas demandas e a racionalização da atividade jurisdicional nessa seara, incumbindo ao Conselho Nacional de Justiça a tarefa de propiciar a estrutura adequada para essa articulação através de padronizações de atuação.

5. Parâmetros de solução das demandas represadas

Afora os parâmetros já estabelecidos em decisões paradigmáticas, da implantação de Comitês pelo CNJ para discutir e construir modelo de gestão, observâncias instrucionais para lidar com as demandas e com a Administração Pública, o fato é que o momento foge da



normalidade e a quantidade de procedimentos sustados pela pandemia irão exigir dos gestores esforço extra para dar conta de sair da pandemia pela COVID-19 e ainda dar conta das demandas represadas. Como se pode observar pelo desenvolvimento das demandas judiciais, esta condição de represamento vai levar à busca de satisfação de direito à saúde para além do aspecto administrativo. Conscientes de tal realidade que se apresentará a seguir, caberá ao Executivo realizar o plano de enfrentamento da questão e ao Judiciário, resolver aquilo que administrativamente não for solucionado, os prazos e a forma de resolver as demandas represadas.

O Poder Executivo terá por obrigação reforçar e até criar políticas públicas próprias para o enfrentamento das demandas reprimidas. Não sendo suficientes, as demandas chegarão ao Poder Judiciário, que terá que agir com maior velocidade e estratégia diante do cenário, partindo da realização de: 1) levantamento prévio de demandas represadas por ente da federação; 2) averiguar o padrão utilizado pela Administração Pública para o atendimento de demandas tais como as represadas; 3) verificação em escala de demandas as que sejam de maior urgência, utilizando de um processo de classificação das demandas; 4) verificar a possibilidade de um acordo entre entes da federação para criação de uma fila única entre Estado e Municípios para o atendimento das demandas represadas; e 5) avaliação do prazo médio de atendimento, das demandas represadas e da classificação das urgências para o estabelecimento de prazos razoáveis de cumprimento dos atendimentos.

Para a realização das atividades indicadas em prol do enfrentamento dos questionamentos judiciais frente às demandas represadas, será necessária a criação de Comitês ou Conselhos Específicos, com a participação de membros técnicos, não somente do Poder Judiciário, a fim de que o enfrentamento da avalanche processual possa ser realizado de forma razoável e efetiva.



Seria interessante que a União propusesse uma norma padronizando os prazos e a forma de atendimento, com a adesão de Estados e Municípios. Isso poderia resolver ou minimizar a busca de solução de questões que deveriam ser resolvidas no âmbito político.

Certamente, se não houver uma política nacional, estadual ou municipal que demonstre a efetiva busca de solução das demandas represadas pelo ente representativo do Poder Executivo, isso será determinante para o tipo de atuação do Poder Judiciário, não somente em termos de cumprimento do atendimento das demandas, mas das eventuais responsabilizações requeridas.

6. Conclusão

A pesquisa demonstrou que o Poder Judiciário vem tendo que lidar com questões voltadas para a busca pelo direito à saúde desde a década de 90, constituindo-se parâmetros decisoriais que reconheceram a atuação do Poder Judiciário, o amadurecimento das decisões judiciais a partir de parâmetros e teses elaboradas que consideraram os impactos administrativos e econômicos de tais decisões, bem como pelo reconhecimento de que há necessidade de gerir os processos judiciais com atenção não só pela velocidade, mas pela qualidade das decisões. Assim, deve o Poder Judiciário continuar a agir, observando seu papel protagonizado na solução de grandes problemas judiciais, embora não seja sua tarefa agir para solucionar questões que seriam de natureza política.

Os resultados do estudo mostraram que a pandemia, para além do demasiado impacto sobre a vida e a morte das pessoas, fez com que o enfretamento de outras demandas de saúde fosse susgado, colocando-as em suspensão, porém tal suspensão demandará a superação da condição da Administração Pública, a fim de que os atendimentos possam ser colocados em dia.



Espera-se que os entes do Poder Executivo consigam desenvolver o melhor Plano de Atendimento que seja possível e que sejam capazes de cumprir todos os atendimentos. Todavia, é previsível que muitas destas demandas cheguem ao Poder Judiciário que, por sua vez, terá agir na busca pela solução mais justa e humana das questões. Para tanto, o Poder Judiciário poderá utilizar do programa de mapeamento de ações, identificando as demandas de saúde e possibilitando a verificação de atuação de todos os responsáveis, além de poder facilitar a composição de entendimento sobre questões repetidas e semelhantes. Além do mapeamento, será necessária a realização de passos específicos por profissionais variados, na busca pelo melhor e mais qualificado conhecimento sobre os assuntos que constem das demandas judiciais, facilitando a construção de parâmetros de encaminhamentos e decisões.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.amib.org.br/pagina-inicial/coronavirus/>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BOTELHO, Marcos César. A LGPD e a proteção ao tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**. V. 8, N. 2, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88)**. Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **RE 271286 AgR**, Relator(a): Min. Celso de Mello, julgado em 12/09/2000, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJ 24-11-2000 PP-00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 27 jul. 2020.



BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **STA 175 AgR**, Relator(a): GILMAR MENDES (Presidente), Tribunal Pleno, julgado em 17/03/2010, DJe-076 DIVULG 29-04-2010 PUBLIC 30-04-2010 EMENT VOL-02399-01 PP-00070. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **RE 566.471-RN. Tema 06 da Sistemática de Repercussão Geral**. Relator: MIN. MARCO AURÉLIO. Brasília, 11.03.2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoDetalhe.asp?incidente=2565078>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **RE 657.718-MG. Tema 500 da Sistemática de Repercussão Geral**. Relator: MIN. MARCO AURÉLIO. Brasília, 22.05.2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verProcessoDetalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **RE 855.178-SE. Tema 793 da Sistemática de Repercussão Geral**. Relator: MIN. MIN. LUIZ FUX. Brasília, 23.05.2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verProcessoDetalhe.asp?incidente=4678356>. Acesso em: 27 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Atos Normativos**. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/atos_normativos/. Acesso em: 23 jul. 2020.

FERMENTÃO, Cleide Aparecida Gomes Rodrigues; FERNANDES, Ana Elisa Silva. A resolução n. 125/2010 do CNJ como política pública de tratamento adequado aos conflitos nas relações



familiares: em direção à proteção da dignidade da pessoa humana e a efetivação dos direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**. V. 8, N. 2, 2020.

FERREIRA, Versalhes Enos Nunes. **Direito à saúde e novo regime fiscal: uma análise à luz do liberalismo rawlsiano**. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário do Estado do Pará, Programa de Pós-Graduação em Direito, 159 f., Belém, 2020. Disponível em: <https://www.cesupa.br/MestradoDireito/dissertacoes/2020/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20VERSALHES%20ENOS%20NUNES%20FERREIRA.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GAYER, Eduardo. OMS reforça proposta de isolamento social contra coronavírus, mas diz que é preciso fazer mais. **O Estado de São Paulo**. 26 de março de 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-reforca-proposta-de-isolamento-social-contra-coronavirus-mas-diz-que-e-preciso-fazer-mais,70003249476>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GUIMARÃES, Cátia. **Especialistas analisam a disponibilidade de leitos no país e discutem possibilidades**. Notícias – 08/05/2020. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/especialistas-analisam-disponibilidade-de-leitos-no-pais-e-discutem-possibilidades>. Acesso em: 22 jun. 2020.

LAMARÃO NETO, Homero; BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Os Comitês Estaduais de Saúde e o enfrentamento da judicialização da saúde**. Revista de teorias da justiça, da decisão e da argumentação jurídica I. E-SSN: 2525-9644. Curitiba, v.2, n. 2, p.82-100. Jul/Dez. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistateoriasjustica/article/view/1694/2226>. Acesso em: 10 jul. 2020.



LAMARÃO NETO, Homero. **O mapeamento das ações de saúde pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará.** Revista de política judiciária, gestão e administração da justiça.

E-ISSN: 2525-9822. Belém, v. 5, n. 2, p. 01 – 17. Jul/Dez. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistapoliticiajudiciaria/article/view/6000/pdf>. Acesso em 10 jul. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes estratégicas,** 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em: 14 jul. 2020.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. **COVID-19 e medidas legais de distanciamento social: isolamento social, gravidade da epidemia e análise do período de 25 de maio a 7 de junho de 2020 (boletim 5).** Nota Técnica nº 22 – Junho de 2020. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_dinte_n_22.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) (Atualizada até 19 de junho de 2020).** Disponível em:



https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 20 jun. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITTA, Yuri. **Maioria dos brasileiros vive em áreas abaixo da meta da OMS de UTIs públicas, 2020**. CNN Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/04/13/maioria-dos-brasileiros-vive-em-areas-abaixo-da-meta-da-oms-de-utis-publicas>. Acesso em: 14 jul. 2020.

SANTANA, Adriana Matiuzo. **O desafio dos gestores: quantos leitos de UTI a pandemia requer?**. Notícias – 20/05/2020. INSTITUTO BUTANTAN. Disponível em: <http://coronavirus.butantan.gov.br/ultimas-noticias/o-desafio-dos-gestores-quantos-leitos-de-uti-a-pandemia-requer>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme & MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 8. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

SCAFF, Fernando Facury. *Como a sociedade financia o Estado para a implementação dos direitos humanos no Brasil*. In: SCAFF, Fernando Facury (Org.). **Constitucionalismo, tributação e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007, p. 1–34.

SILVA, Juvêncio Borges; IZÁ, Adriana de Oliveira. A importância da participação popular na elaboração do orçamento e os limites estabelecidos pela lei de responsabilidade fiscal para a administração pública. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**. V. 8, N. 2, 2020.



VIÑA, Jordi García. Aspectos laborales de empresas complejas en España. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**. V. 8, N. 2, 2020.

UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University**. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 29 jul. 2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. **Uma pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020. Epub 08 de maio de 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

ZEIFERT, Anna Paula Bagetti; CENCI, Daniel Rubens; MANCHINI, Alex. A justiça social e a agenda 2030: políticas de desenvolvimento para a construção de sociedades justas e inclusivas. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**. V. 8, N. 2, 2020.